PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. STANISŁAW DOMAŃSKI.

Rok XXXIII. — 1894.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1894.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXXIII. „Przeglądu Lekarskiego".

(*Liczby oznaczają strony*).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Spis alfabetyczny rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

V. Spis rzeczy zawartych w Zapiskach terapeutycznych.

VI. Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Komisya przemysłowo-lekarska.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

VII. Nekrologia.

Spis autorów. [1])

[1]) Nazwiska autorów prac oryginalnych zaznaczone są rozstrzelonym drukiem.

Rok XXXIII. Kraków 6. Stycznia 1894 r. Nr. 1.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Gruźlica tęczówki i ciałka rzęskowego.

Napisał
Dr. E. Machek,
Prymaryusz oddziału okulist. w szpitalu kraj. we Lwowie.

Gruźlica pojawia się we wszystkich częściach jagodówki: w naczyniówce, w ciałku rzęskowem i w tęczówce Najdawniej znana jest gruźlica naczyniówki, którą pierwszy rozpoznał Jaeger a dokładniej opisali Manz i Busch. Pojawia się dość często w przypadkach ostrej, prosowatej gruźlicy a najczęściej w przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Jeżeli się w tych przypadkach systematycznie bada wziernikiem dno oka, można najczęściej za życia rozpoznać gruzełki naczyniówkowe, czem dane jest anatomiczne rozpoznanie choroby ustroju a równocześnie pewność blizkiego zgonu. Ponieważ badanie wziernikowe przedstawia w tych przypadkach w obec ciężkiej niemocy chorych pewne trudności a rozpoznanie gruzełków na leczenie nie wpływa, nie zbyt często go się przeto używa. Z tego powodu gruzełki naczyniówki są daleko lepiej znane anatomom, niż lekarzom chorób wewnętrznych.

Występywanie gruźlicy w tęczówce i ciałku rzęskowem wykazał w dwadzieścia lat po odkryciu gruźlicy naczyniówkowej pierwszy Gradenigo. Odtąd spostrzegano i opisano dosyć wielką liczbę przypadków tak, że dziś znamy już dość dokładnie przebieg i obraz chorobowy a w kilku przypadkach badano zmiany anatomiczne. Rozpatrzenie się w tych przypadkach poucza, że gruźlica tylnej części jagodówki (*choroiditis tuberculosa*) i gruźlica przedniej jej części (*iritis et cyklitis tuberculosa*) są to dwie choroby, pod wieloma względami bardzo się różniące; równe chyba tylko w ogóle wziąwszy pod względem gruźliczej przyrody i lokalizacyi w oku, różne pod względem przebiegu klinicznego tudzież rokowania i leczenia. Gruźlica naczyniówki pojawia się w ustroju w wysokim stopniu gruźlicą zakażonym, najczęściej na bardzo krótki czas przed śmiercią, cechując tem końcowy okres sprawy gruźliczej. Gruźlica przedniej części jagodówki przedstawia najczęściej czysto miejscowe cierpienie, pojawiając się w okresie, w którym oprócz zmian chorobowych w oku niemożna jeszcze wykazać gruźlicy w innych narządach ustroju. Słusznie przeto możemy powiedzieć, że umiejscowienie gruźlicy w tęczówce, cechuje początkowy okres zakażenia gruźliczego. Nie zagrażając na razie życiu, przedstawia gruźlica przedniej części jagodówki obraz przewlekłego, miejscowego cierpienia gruźliczego, podobnie jak gruźlica kości, z tą tylko różnicą, że jak każde ognisko gruźlicze, w miękkich częściach ustroju zagraża w ogóle zajęciem ważnych dla życia narządów a gruźlica tęczówki w szczególności, jak poucza doświadczenie, zajęciem opon mózgowych.

Stósownie do tego zapatrywania się napotykamy gruźlicę naczyniówki najczęściej w obu oczach równocześnie, a jeżeli tak nie jest, to w przeciągu kilku albo kilkunastu godzin można wykazać gruzełki i w drugiem oku. Gruźlica przodkowej części jagodówki a więc tęczówki albo ciałka rzęskowego, występuje tylko w jednem oku. Gruźlica naczyniówki dowodzi, że nietylko w oku, ale także i w innych narządach ustroju wystąpiła już gruźlica prosowata. W przypadkach gruźlicy tęczówkowej mogą wprawdzie być jeszcze inne ogniska gruźlicze w ustroju, lecz na razie nie mają one cech ostrego przebiegu. Tak się rzecz przedstawia w największej liczbie przypadków. Wyjątkowo może być inaczej. I tak znalazłem w literaturze opisany przez Frenkla przypadek *(Berliner klinische Wochenschrift 1882)*, w którym na dosyć długi czas przed wystąpieniem gruźlicy prosowatej spostrzegano gruźlicę naczyniówki.

Przeświadczenie, że w przypadkach gruźlicy tęczówki i ciałka rzęskowego mamy do czynienia z miejscowem cierpieniem, ma wielkie znaczenie pod względem rokowania i leczenia. Oko gruźlicą nawiedzone pozostawione same sobie jest stracone dla wzroku. Tego dowodzą wszystkie opi-

sane przypadki rzeczywiście wykazanej gruźlicy tęczówczówki. Sprawa chorobowa w tęczówce, w przypadku leczonym z pomyślnym skutkiem jodkiem potasu przez Schnellera i w przypadku Panasa, w którym po jodoformie znacznie się polepszyło, najprawdopodobniej nie była gruźlicą, chociaż ją autorowie jako taką rozpoznali i opisali.

W najlepszym przeto razie, oko po przebiciu się większych, szczególnie zbiorowych gruzełków przez rogówkę i po długich cierpieniach zmniejsza się i pozornie uspakaja. Najczęściej atoli przychodzi do gruźliczego zapalenia opon mózgowych. W dwóch przypadkach, które spostrzegałem i opisałem w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1891, chorzy zmarli skutkiem gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Z 25 przypadków, które zestawiłem z literatury, podano w 11 rodzaj zejścia. We wszystkich bezpośrednią przyczyną śmierci było zapalenie opon mózgowych gruźlicze (*meningitis tuberculosa*).

Wobec tego stanu rzeczy, w przypadkach gruźlicy przodkowej części jagodówki można rokować pomyślnie tylko w takim razie, jeżeli miejscowe ognisko gruźlicze wydalimy z ustroju przez operacyą. Wskazana więc jest irydektomia w tych wyjątkowych przypadkach, w których gruźlica zajęła tylko część tęczówki; najczęściej jednakże wypadnie wyłuszczyć gałkę oczną, aby wydalić na pewne wszystkie chore części, tem bardziej, iż jak uczy doświadczenie, prawie zawsze oprócz tęczówki bywa także zajęte ciałko rzęskowe.

Kierując się wyżej przedstawionym stanem rzeczy, wyłuszczyłem gałkę oczną w przypadku, który niżej opiszę, w którym dziecko półczwarta roku mające cierpiało od dłuższego czasu na gruźlicę tęczówki i ciałka rzęskowego. Wyłuszczyłem gałkę przeszło przed rokiem a dziecko ma się dotąd dobrze i coraz lepiej wygląda. Badanie oka anatomiczne i histologiczne, które także zasługuje na ogłoszenie, potwierdziło rozpoznanie gruźlicy. Słusznie przeto twierdzić można, że wyłuszczeniu gałki ocznej, względnie wydaleniu ogniska gruźliczego z ustroju, dziecko zawdzięcza swe życie.

Lolę Z., lat $3^1/_2$ mającą, przedstawiono mi w godzinie ordynacyjnej dnia 20. Października 1892. Ojciec podaje, że od roku leczy się dziecko na skrzywienie kręgosłupa. Zresztą było zawsze zdrowe. Przed 4 miesiącami spostrzegła matka, że oko prawe zaczerwieniło się. Dziecko jednakże na ból się nie uskarżało, światło go nie raziło; sądziła więc matka, że to sprawa przemijająca. Oko istotnie zbladło a po kilku dniach zaczerwieniło się znowu. Odtąd nastrzykanie oka utrzymuje się już stale. Przed kilkoma dniami straciło dziecko ochotę do zabawy i skarżyło się na bóle głowy. Zawezwany Dr. Kniaziołucki rozpoznał zapalenie prawej tęczówki i objaśnił rodziców, że bóle głowy pochodzą od oka. Wywiady wreszcie wykazują, że kilka osób w rodzinie ojca zmarło na gruźlicę w kwiecie wieku.

Badanie oka prawego wykazuje: Skóra powiek blada. Szpara powiekowa w wymiarze pionowym o milimetr węższa, niż lewa. Światłowstrętu niema. Spojówka powiek prawidłowa. Nastrzykanie rzęskowe znaczne, otoczenie rogówki czerwono-sine; nastrzykanie jednakże ogranicza się do najbliższego sąsiedztwa rogówki. Na cztery mm. od brzegu rogówkowego ku równikowi oka jest już twardówka blada. Widać tylko nieco grubsze, pokręcone żyły przytwardówkowe. Rogówka ma gładką, lśniącą powierzchnię i jest czysta. Przodkowa komórka płytsza, niż w oku zdrowem. Ciecz wodna czysta. Tęczówka brzegiem źrenicznym przyrosła do torebki soczewkowej. Brzeg źreniczny nierówny. Źrenica ma 2 mm. w średnicy i zajęta jest przez szaro-żółtą wypocinę. Utkanie tęczówki ciemniejsze, zamazane, niewyraźne; miąższ obrzmiały; nowo wytworzone żyły wyraźnie widoczne; są one pokręcone, grube; można rozpoznać rozgałęzienia drugiego i trzeciego rzędu. Biorą swój początek od brzegu źrenicznego i wypociny źrenicznej, łączą się przebiegając przez tęczówkę i wchodzą w jej głąb przy brzegu rzęskowym. Szczególnie zgrubiała tęczówka od dołu i zewnątrz. Na tylnej ścianie rogówki, w dolnej jej części widać biało-żółte wypociny, przylegające do błony Descemeta. Zasłaniając oko prawe rozszerza się źrenica oka zdrowego; chore oko ma więc poczucie światła. Napięcie zaledwie trochę powiększone.

Rozpoznałem zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego (*Iridocyclitis oc. d.*) Nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że sprawa powstała na tle gruźliczem, chociaż wyraźnych gruzełków rozpoznać nie mogłem. Tęczówka znajdywała się w okresie nacieku gruźliczego. Za tem rozpoznaniem przemawiały następujące okoliczności: 1. Ognisko gruźlicze w kręgach, pochodzenie dziecka z rodziny gruźliczej; brak wszelkich objawów kiły; wykluczenie urazu lub dostania się ciała obcego do oka. Wiadomo, że zapalenie tęczówki nieurazowe i niegruźlicze w tym wieku należy do rzadkości. 2. Przebieg kliniczny: W okresach początkowych mierne zadrażnienie, niebolesność, brak światłowstrętu, przebieg przewlekły. 3. Znaczne a niejednostajne obrzmienie miąższu tęczówkowego tak, że przodkowa komórka była w pewnych miejscach głębsza, w innych płytsza, szczególnie od dołu i zewnątrz. Wytworzenie się wielu nowych żył, wypocina na tylnej ścianie rogówki.

Ojcu przedstawiłem stan rzeczy i zwróciłem uwagę na to, że zachodzi obawa o życie dziecka z zapalenia opon mózgowych, jeżeli nie wydali się ogniska gruźliczego z ustroju. Oświadczyłem się za wyłuszczeniem gałki ocznej. Wobec tego postanowiła rodzina zasięgnąć porady innych lekarzy. Udano się z dzieckiem do Wiednia. Dnia 1. Października a więc w dziesięć dni po pierwszem badaniu przyprowadzono znów dziecko do mnie w godzinie ordynacyjnej. W Wiedniu badali prof. Fuchs i Reuss chorą kilkakrotnie. Rozpoznano *irido-choroiditis tuberculosa* i zgodzono się na wyłuszczenie gałki ocznej, o czem mnie prof. Fuchs zawiadomił listownie.

Tymczasem stan oka zmienił się znacznie. Przez pojawienie się większej ilości gruzełków, które już wolnem okiem można było rozpoznać, przedstawiało oko typowy obraz rozsianej gruźlicy tęczówki. Wyłuszczyłem gałkę oczną czwartego Listopada. Przed wyłuszczeniem oko przedstawiało stan następujący: Trochę twardsze, niż lewe. Nastrzykanie rzęskowe dość znaczne Rogówka gładka, czysta. Na tylnej ścianie rogówki dosyć znaczna ilość białawych złogów, szczególnie w dolnej części. Największy złóg naprzeciwko najbardziej obrzmiałej części tęczówki od dołu i zewnątrz. Ciecz wodna czysta, przodkowa komórka płytka. Tęczówka przyrosła brzegiem źrenicznym. W źrenicy mającej 2 mm. średnicy szara wypocina. Tęczówka znacznie obrzmiała, skutkiem czego przodkowa komórka jest płytka. Obrzmienie jest niejednostajne, w pewnych miejscach znaczniejsze. I tak od dołu i zewnątrz jest naciek na 4 mm. długi a 2 mm. wysoki, poziomo ułożony, żółto-szary, na nim widać drobne białe kropki; naciek prawie przylega do tylnej ściany rogówki i jednym brzegiem dotyka się złogu na błonie Descemeta. Na powierzchni obrzmiałej tęczówki widać znaczną ilość gruzełków blado-różowych i szarych, nieco wystających, od ledwie dostrzegalnej wielkości do wielkości ziarna maku. Niektóre łączą się ze sobą, przylegają do siebie, dotykają się. Pomiędzy gruzełkami widać nowo wytworzone żyłki tęczówkowe, grube, pokręcone, gęsto się rozgałęziające.

Przebieg operacyi i gojenia się był prawidłowy. Dziesiątego dnia po operacyi rana wygoiła się zupełnie.

W kilka godzin po wyłuszczeniu gałki ocznej badał Dr. Krokiewicz gruzełki pod względem obecności prątków gruźliczych i znalazł niewielką ich ilość, co się zgadza ze spostrzeżeniami autorów (Leidhold, Hirschberg). Oko przecięto od przodu ku tyłowi. Część ciałka szklanego rozwodniona. Prawidłowa siatkówka przylega do naczyniówki. Na-

czyniówka nie przedstawia nic nieprawidłowego. Obrzmiałe ciałko rzęskowe od tyłu badane, wykazuje wzdłuż promieni drobniejsze i większe szare gruzełki. Niektóre promienie więcej zajęte, są zgrubiałe. Poza odgraniczeniem ciałka rzęskowego na naczyniówce niema gruzełków. Tęczówka naciekła, zgrubiała, wykazuje najwyraźniej wielką ilość gruzełków mniejszych i większych, które ponad powierzchnię daleko wyraźniej wystają, niż za życia, kiedy tęczówka była przekrwiona i o wiele więcej obrzmiała. Najmniejsze są okrągłe, większe wykazują półkuliste wyniosłości. Na przekroju wyglądają zupełnie podobnie do gruzełków płucnych. Z tylnej ściany rogówkowej dały się złogi wypocinowe spłukać z łatwością. Błona Descemeta prawidłowa. Badanie drobnowidowe przedstawia zwykły obraz gruzełków. Znane trzy warstwy najwyraźniej widoczne. Obrzmiała dolno-zewnętrzna część tęczówki przedstawia obraz nacieku gruźliczego. Obrzmienie tej części tęczówki powstaje skutkiem dość jednostajnego nagromadzenia się komórek gruźliczych podobnie, jak w gruźliczym nacieku w naczyniówce (Poncet.)

W powyższym opisie uderza różnica w wyglądaniu gruzełków za życia i po wyłuszczeniu oka. Za życia widać właściwie tylko wierzchołki gruzełków, które zaledwie wystają ponad powierzchnię tęczówki, w której widać mnóstwo nowo wytworzonych żył, pokręconych, zgrubiałych i gęsto się rozgałęziających. Skutkiem przekrwienia tęczówki i następnego obrzmienia była przodkowa komórka bardzo płytka a gruzełki przedstawiają się, jakby zapadłe, ugrzęzłe w tkance tęczówkowej. Po wyłuszczeniu gałki i odpływie krwi z żył, przodkowa komórka stała się głębszą, obrzmienie tęczówki znacznie się zmniejszyło, żyły zwęziły się, widocznemi pozostały tylko grubsze; węższych już wolnem okiem rozpoznać nie można. Natomiast gruzełki występują ponad powierzchnię tęczówki tak, że połowa objętości a nawet dwie trzecie jej są widoczne. W żywym ustroju z pojawieniem się komórek gruźliczych występuje znaczny przypływ i przekrwienie. Skutkiem następowego obrzmienia tęczówki niewidać z początku drobnych gruzełków i dlatego gruźlicze zapalenie tęczówki w początkach choroby przedstawia obraz przewlekłego lub przyostrego zapalenia tęczówki. Najprawdopodobniej możnaby anatomicznie, już w początkowych okresach choroby, wykazać bardzo drobne gruzełki. Tu wspomnieć muszę, że przekrwienie tęczówki z wytworzeniem grubych nowych żył, podobne do powyżej opisanego, zdarzającego się w przypadkach, gruźlicy tęczówkowej, spostrzegałem także w tych przypadkach, w których ciało obce tkwiło dłuższy czas w tęczówce albo blizko poza tęczówką, n. p. w soczewce, dotykając się tylnej ściany tęczówkowej. Gruzełki więc tak, jak ciała obce, sprawiają mocny przypływ krwi do zajętej tkaniny.

Nakoniec wspomnieć muszę, że dalsze spostrzeganie naszej chorej po operacyi wykazuje, że gruźlica w oku była istotnie cierpieniem miejscowem. Po roku przeszło ma się dziecko świetnie, jest dobrze odżywione, znacznie urosło pomimo to, że z powodu zmian chorobowych w kręgach musi nadal pozostawać w leczeniu. Przeciwko wyłuszczeniu gałki ocznej można było przytoczyć, że operacya na nic się nie przyda, gdyż prawdopodobnie już w innych, poza gałką oczną znajdujących się częściach umieściły się ogniska gruźlicze. Nasz atoli przypadek dowodzi, że tak nie było, gdyż jest wielce nieprawdopodobne, aby żadnych objawów chorobowych po roku przeszło wykazać nie było można. Wobec tego stanu rzeczy nikt nie zaprzeczy, że w przypadkach gruźlicy przodkowej części jagodówki *(uveitis tuberculosa anterior)* wskazane jest wczesne wyłuszczenie gałki ocznej, jako operacya, która chorego ratuje od śmierci.

II. Z zakładu fizyologicznego Uniw. Jag. w Krakowie.

O połączeniach sinu z barwikami krwi.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

Lat 25 mija, jak pierwszy Preyer[1]) ogłosił wyniki swych badań, dowodzące, że sin przy częstych, zwłaszcza w ostatnich czasach, otruciach kwasem pruskim lub sinkiem potasu, łączy się z barwikiem krwi w chemicznie nowy związek. Od tego czasu wystąpiło kilku autorów z nowemi zdaniami co do jakości barwika krwi, łączą cego się z sinem, w obec czego zachodzi istotna potrzeba wykazania, z jakim barwikiem krwi łączy się sin rzeczywiście.

Preyer rozróżnia połączenie sinu z dwojakim barwikiem krwi a mianowicie z tlenną hemoglobiną (O^2Hb) i z odtlenioną hemoglobiną (Hb.) zwiąc połączenia te oksyhemoglobiną i hemoglobiną sinowodową (CNH[2])—O^2Hb i CNH—Hb); pierwszą otrzymał przez działanie rozczynu kwasu pruskiego lub sinku potasu na rozczyn O^2Hb w zwykłej pokojowej ciepłocie po upływie dłuższego czasu lub w krótkim czasie po ogrzaniu mięszaniny obu rozczynów do 40°C. W jeden lub drugi sposób otrzymany rozczyn CNH—O^2Hb przedstawia w przyrządzie widmowym jednę, szeroką smugę absorpcyjną, zupełnie podobną do tej, jaką tworzy rozczyn Hb, tem jednak od ostatniej różną, że jest nieco ku fiołkowemu końcowi widma przesuniętą, albowiem promienie światła w pasie niebieskim są więcej, w czerwonym mniej, niż przy Hb. pochłonięte. Działając na powyższy rozczyn odczynnikami odtleniającemi n. p. siarczkiem amonu, otrzymuje się drugi związek Preyera t. j. CNH—Hb. Związek ten cechuje się dwiema smugami w pasie zielonym, podobnemi do smug O^2Hb, lecz przesuniętemi nieco ku fiołkowemu końcowi widma.

Hoppe-Seyler[3]) był pierwszym, który, poddawszy krytyce wyniki badań Preyera, sprzeciwił się, jakoby w związkach przez niego podanych sin łączył się z O^2Hb i Hb; zdaniem Hoppe-Seylera był sin w nich połączony raczej z hematyną a nie z hemoglobiną. Przypuszczenie to stwierdza Hoppe[4]) słowami: jeźli się do rozczynu alkalicznego hematyny doda sinku potasu, wówczas staje się rozczyn jej przejrzystszym, czerwono-brązowym, najmniej chłonie światła z obu stron linii C we widmie słonecznem i wywołuje w odpowiedniem roztworzeniu smugę między D i E, z granicami zatartemi. Pomimo to Preyer obstawał przy swojem zapatrywaniu się. W ostatnich dziesięciu latach ogłosili Linossier[5]) pracę o połączeniu się hematyny z kwasem pruskim, Kobert[6]) pracę o połączeniu się kwasu pruskiego z methemoglobiną

[1]) Die Blausäure. Bonn 1868. I Th. Pag. 81—83. Die Blutkrystalle. Jena 1871. Pag. 153—157, 236 i 241.
[2]) CNH = kwas pruski czyli sinowodór.
[3]) Hoppe Seyler. Medicinisch-chem. Untersuch. Berlin 1866—1871.
[4]) Handb. d. physiol. u. pathol. chemischen Analyse von F. Hoppe Seyler. V. Aufl. Berlin 1883. Pag. 240.
[5]) G. Linossier. Sur une combin. de l'hématine avec le bioxyde d'azote. Lyon méd. Nr. 27. 1887.
[6]) Ueber Cyanmethaemoglobin i t. d. von Kobert. Stuttgart 1891.

(Methb.) wreszcie Szigeti[1]) o połączeniu się sinowodoru z hematyną.

Nie wdaję się w szczegóły pracy Koberta; już bowiem dawniej[2]) zaznajomiłem z niemi czytelników *Przeglądu lekarskiego;* odsyłając ich przeto do owej rozprawki swojej, zwrócę tylko na tem miejscu uwagę, że próba sino-methemoglobinowa Koberta jest bardzo czuła i dla lekarza sądowego wygodna.

Szigeti przedsięwziął sobie wykazać, czy sin tworzy w istocie z różnemi przez wyżej wspomnianych autorów podanemi barwikami krwi i ich pochodnemi odrębne połączenia chemiczne. Otóż dochodzi on na podstawie swych badań do przekonania, iż CNHO^2Hb Preyera jest, jak to już mniemał Hoppe-Seyler, hematyną połączoną z sinem w hematynę sinowodową. Opiera on się w twierdzeniu swem na tem zjawisku, dobrze znanem, że rozczyn O^2Hb bądź to za ogrzaniem, bądź za dolaniem kwasów lub alkaliów[3]), jak to dzieje się przy utworzeniu CNH—O^2Hb Preyera, rozszczepia się na białko i hematynę. Gdyby połączenie kwasu pruskiego z O^2Hb było prawdziwem, powinnoby po wypompowaniu z rozczynu jego sinowodoru i tlenu zmienić się w Hb, względnie w dostępie tlenu powietrza w O^2Hb. Tymczasem zmienia się ono przy takiem postępowaniu w alkaliczną hematynę, która po zaprawieniu sinkiem potasu lub kwasem pruskim daje we widmie smugę hematyny sinowodowej, taką samą zupełnie, jak smuga CNH—O^2Hb Preyera. Nadto przekonał się Szigeti, że dwie smugi opisane przez Preyera jako charakterystyczne dla widma CNH—O^2Hb + siarczek amonu $[(NH_4)_2S]$ czyli CNH—Hb, stanowią cechy widma hemochromogeny Hoppe Seylera, czyli odtlenionej hematyny Stokesa, i że smugi te występują również i wtedy, jeźli się odtleni siarczkiem amonu rozczyn alkalicznej hematyny przemienionej przez dodanie sinku potasu w hematynę sinowodową.

Opierając się na właściwości barwików krwi połączonych z białkiem, jak O^2Hb, Hb i Methb, że pod wpływem kwasów i alkaliów rozszczepiają się one na białko i na hematynę, twierdzi Szigeti, że i Kobertowska methemoglobina sinowodowa nie jest właściwie methb, lecz hematyną. W krótkości zebrane wyniki pracy Szigetego przedstawiają się zatem tak:

1.) Sin tworzy tylko z hematyną połączenie chemiczne, tak zwaną hematynę sinowodową: oksyhemoglobina sinowodowa Preyera i methemoglobina sinowodowa Koberta są jednem i tem samem połączeniem chemicznem t. j. hematyną sinowodową, tylko utworzoną z rozmaitych produktów barwika krwi.

2.) Odtleniona hemoglobina sinowodowa Preyera jest wytworem barwika krwi, znanym pod nazwą hemochromogeny (Hoppe-Seyler) lub odtlenionej hematyny (Stokes.) Z wywodów tych wynika: jeźli oksyhemoglobina sinowodowa Preyera jest tem samem, co hematyna sinowodowa i methemoglobina sinowodowa to, ponieważ pierwsza odtlenia się pod wpływem n. p. siarczku amonu w odtlenioną hemoglobinę sinowodową Preyera, wedle Szigetego równą hemochromogenie, zatem i methemoglobina sinowodowa Koberta powinna zmieniać się w hemochromogenę pod wpływem odczynników odtleniających jak n. p. siarczku amonu.

Szigeti tej strony w pracy swej nie wyjaśnił, mimo, iż jest zasadniczą i jedynie zdolną rozstrzygnąć, czy związek podany przez Koberta istnieje rzeczywiście.

W tej mierze przedsięwziąłem badania, używając rozczynu hemoglobiny z psiej krwi. W badaniach widmowych (spektralnych) posługiwałem się bardzo dokładnym i czułym spektrofotometrem Głana, łaskawie mi do dyspozycyi oddanym przez prof. Cybulskiego, któremu na tem miejscu składam szczere podziękowanie, zwłaszcza za niezwykle przychylne rady i umiejętną pomoc.

Przede wszystkiem przygotowałem sobie rozczyny O^2Hb, Hb, Methb i alkalicznej hematyny, wszystkie równe i zgęszczone. Długość fal świetlnych w częściach widma zaciemnionych przez smugi absorpcyjne powyższych rozczynów wynosiła:

dla smugi	O^2Hb	przy linii	D. λ[1])	=	między	585 a 610 mm.$^{-6}$.
„ „	O^2Hb	„ „	E. λ	=	„	550 a 570 „
„ „	Hb.	„ „	λ	=	„	540 a 610 „
„ „	methb	„ „	C. λ	=	„	635 a 670·5 „
„ „	hemat. alkalicznej		λ	=	„	600 a 630 „

Rozczyn O^2Hb, zaprawiony sinkiem potasu i przygotowany w oba przez Preyera podane sposoby, tworzył w widmie szeroką smugę między D i E, podobną do smugi odtlenionej hemoglobiny. Smuga ta była w miejscu widma, w którem długość fal świetlnych waha się między 535 a 605 mm.$^{-6}$. Po dolaniu siarczku amonu do tego rozczynu rozszczepiała się smuga na dwie, znajdujące się w miejscach, w których długość fal dla smugi bliższej końca czerwonego waha się między 575 a 595, dla smugi bliższej fiołkowego końca widma między 545 a 560 mm.$^{-6}$. Porównywając smugi te z bardzo do nich podobnemi, jakie dawał zwykły rozczyn O^2Hb, okazuje się, iż są one przesunięte ku części widma o promieniach światła mniejszej długości, t. j. ku końcowi fiołkowemu widma. Po skłóceniu z powietrzem rozczynu ginęły obie te smugi i występowała znowu pierwotna, pojedyncza smuga.

Zupełnie tak samo pod względem widma zachowywał się rozczyn zasuszonej krwi, rozpuszczonej wedle Hofmanna[2]) w zgęszczonym roztworze sinku potasu. Gdy, jak wiadomo, krew zasuszona rozpuszcza się w rozczynie sinku potasu jako hematyna (sinowodowa) a siarczek amonu odtlenia ją w hemochromogenę, zatem i rozczyn wedle Preyera zrobiony nie był przed dolaniem siarczku amonu rozczynem O^2Hb w połączeniu z sinem, lecz rozczynem hematyny sinowodowej. Porównanie widm rozczynów Preyera z rozczynami krwi suchej, rozpuszczonej w sinku potasu bez siarczku amonu i z siarczkiem za pomocą pryzmatukont rolującego, wykazało prawdziwość twierdzenia Szigetego, iż CNH—O^2Hb Preyera jest równą hematynie sinowodowej, CNH—Hb zaś Preyera równą hemochromogenie.

To samo widmo hemochromogeny tworzył rozczyn alkalicznej hematyny, zmięszany wobec nadmiaru ługu sodowego z siarczkiem amonu[3]).

---

[1]) Ueber Cyanhaematin von Dr. H. Szigeti. Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 1893. VI. B. Supplement-Heft.

[2]) Sposoby wykrycia związków sinu i t. d. *Przegląd lekarski* 1891, Nr. 44.

[3]) n. p. kwasu pruskiego lub sinku potasu,

---

[1]) λ = długość fali.

[2]) Lehrb. d. gerichtl. Med. Wien. Leipzig 1893. Pag. 434.

[3]) Physiolog. Chemie von Hoppe-Seyler. Berlin 1877. I. Th Pag. 396.

Roztwór alkalicznej hematyny, barwy wiśniowo-czerwonej w świetle przepuszczonem, nie zmienił się wybitnie po dolaniu doń rozczynu sinku potasu, jednak przedstawiał widmo równe widmu CNH—O^2Hb Preyera, czyli widmo hematyny sinowodowej. Siarczek amonu zmieniał je w widmo hemochromogeny, które ustępowało znowu miejsca pierwotnemu widmu hematyny sinowodowej po skłóceniu rozczynu z powietrzem.

Kryształki heminy rozpuściłem wedle wskazówek Szigetego w zgęszczonym rozczynie sinku potasu. Rozczyn otrzymany okazywał pięknie czerwone zabarwienie a badany widmowo przedstawiał jednę smugę hematyny sinowodowej. Zresztą zachowanie się rozczynu pod wpływem siarczku amonu i następnie kłócenia go z powietrzem jest takie samo, jak zachowanie się rozczynu hematyny alkalicznej i sinku potasu.

Powyższe doświadczenia stwierdzają również zdanie Szigetego, iż CNH—O^2Hb Preyera jest hematyną sinowodową a CNH—Hb Preyera hemochromogeną.

Wreszcie poddałem badaniu zachowanie się rozczynu methemoglobiny pod wpływem sinku potasu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Przyczynki do Anatomii patologicznej i Medycyny klinicznej dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin **Włodzimierza Brodowskiego,** profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów: K. Chełchowskiego, A. Ciaglińskiego, Z. Dmochowskiego, T. Dunina, A. Elsenberga, T. Herynga, W. Janowskiego, F. Kijewskiego, S. Kleina. L. Kryńskiego, I. Luxenburga, E. Przewoskiego, A. Rosenthala i H. Rupperta. Warszawa 1893, wielka 4-ka, wizerunek jubilata, przedmowa i 218 stron tekstu.

W czasach obecnych, kiedy powszechnie uczuwa się znaczne rozluźnienie węzłów pomiędzy młodzieżą a jej przewodnikami, kiedy z biegiem czasu nić łącząca *alma mater* z jej byłymi wychowańcami rwie się zazwyczaj zupełnie w ciężkich okolicznościach walki o chleb powszedni, dziś wszelkie objawy, świadczące o przeciwnem, tembardziej u nas, witamy z prawdziwem uznaniem. To też nadzwyczajną przyjemność sprawił nam widok wspaniałej księgi, którą z powodu 70. rocznicy urodzin profesora Brodowskiego napisali dlań najbliżsi jego uczniowie. Przeszło 30-letnia, niestrudzona czynność Czcigodnego Profesora na jednym z najwybitniejszych posterunków wydziału lekarskiego w Warszawie w dwóch względach wybitne przyniosła owoce: przez wykształcenie zastępu lekarzy, mogących z korzyścią pracować dla kraju i społeczeństwa, wypełnił prof. Brodowski pierwszą połowę swego zadania, jako nauczyciela i przewodnika młodzieży; drugą, nie mniej ważną a o wiele do osiągnięcia trudniejszą — rozbudzeniem zamiłowania do pracy i badań naukowych — zdobył sobie On prawdziwą miłość i niegasnącą pamięć w sercach uczniów, owo rzeczywiste *monumentum aere perennius*, które tak niewielu przypadają w udziale. Z pomiędzy wymienionych uczniów i współautorów księgi większość wyszła już dawno z lat młodzieńczych, wielu zdobyło sobie już wybitne stanowisko w nauce i społeczeństwie, zawsze jednak pozostaje ta nić łączności duchowej pomiędzy nimi a Profesorem.

„. . . . . . . pomimo, iż wielu z nas już przestało pod Twym kierunkiem pracować, nie zapomnieliśmy jednak tego, czegośmy od Ciebie się nauczyli. Przeciwnie, coraz więcej przekonywamy się, jaką korzyść odnieśliśmy z Twych rad i wskazówek, jak sowicie opłacił nam się czas spędzony na studyach w Twej pracowni. W jakiejkolwiek gałęzi medycyny praktycznej pracujemy, zawsze punktu oparcia tak dla naszej działalności praktycznej jak i dla badań szukamy w Anatomii patologicznej a poszukiwania mikroskopowe do dziś dnia stanowią dla nas najmilsze zajęcie. To zamiłowanie wpoiłeś w nas Ty przez swe rady, wskazówki a wreszcie przez Swój przykład; każdy z nas bowiem dobrze pamięta, z jakim zapałem i wytrwałością oddawałeś się zawsze pracy nad ukochanym swym przedmiotem . . . . . .“ brzmi ustęp z krótkiej dedykacyi na wstępie księgi. Zwięźle i wyraźnie określa on ten stosunek wdzięczności i serdeczności pomiędzy nauczycielem a byłymi uczniami, którym należy się szczere uznanie za tak piękny, naukowy i godny naśladowania wyraz tych uczuć. My ze swej strony do licznych objawów czci i miłości dla czcigodnego Jubilata dołączamy serdeczne życzenie, obyśmy jeszcze przez długie lata mogli cieszyć się widokiem Jego niezmordowanej a płodnej pracy dla naszego społeczeństwa! *Redakcya.*

Szereg piętnastu prac, składających się na całość *Przyczynków do Anatomii patologicznej* rozpoczyna piękny artykuł E. Przewoskiego o *gastritis tuberculosa*. Rzadkie to cierpienie spostrzegał autor w ciągu kilku lat ostatnich pięć razy w trupach suchotników. Najczęstszem miejscem usadowienia się wrzodów gruźliczych żołądka jest błona śluzowa części odźwiernikowej, jakkolwiek spotykają się w różnych innych miejscach (*fundus, curvatura major* i *minor*, nawet *cardia*). Zwykle bywa jeden wrzód, rzadziej kilka, które niekiedy zlewają się razem w jednę obszerną powierzchnię owrzodziałą. W razie istnienia większej ilości wrzodów, powstają one, zdaniem autora nie wszystkie przez zakażenie od powierzchni błony śluzowej, lecz część ich rozwija się w następstwie zapaleń gruźliczych w błonie podśluzowej żołądka. Wskutek rozszerzania się tą drogą sprawy zapalnej wrzód przybiera cechy wrzodu pełzającego (*ulcus tuberculosum serpens*). Czy istnieją jakieś szczególne okoliczności uspasabiające, dla których żołądek tak rzadko bywa siedliskiem sprawy gruźliczej? Odpowiedź na to daje nam z jednej strony stan płuc, z drugiej zmiany w samej błonie śluzowej żołądka. We wszystkich 5-ciu przypadkach autora wrzody gruźlicze w żołądku powstały obok jednoczesnej w płucach włóknistej postaci gruźlicy, odznaczającej się przebiegiem przewlekłym; w tem też długiem trwaniu widzi autor jednę z okoliczności przyczynowych, wskutek ciągłego doprowadzania do żołądka plwocin zawierających laseczniki gruźlicze.

Do rzędu danych usposabiających ze strony samego żołądka zalicza autor następujące: a) przewlekły katar żołądka sprawiający zmniejszenie wydzielania się soku żołądkowego i przeciwgnilnych jego własności, b) obecność wielkiej ilości guzików limfatycznych w błonie śluzowej żołądka, jak to wykazały badania Dobrowolskiego, głównie w okolicy odźwiernika i wpustu, c) dłuższe zatrzymywanie się treści w żołądku mieszczącej w sobie plwocinę z laseczniami, wreszcie d) przypadkowe sprawy chorobowe, jak nadżarcie błony śluzowej, zranienie, wrzodziki natury niegruźliczej.

Oprócz usposobienia, zależnego od postaci suchot płucnych i stanu samej błony śluzowej, do przyczyn usposabiających zaliczyć należy bardzo rozległe cierpienie gruźlicze w jelitach, szczególnie jeżeli owrzodzenia dotrą aż do dwunastnicy. Obydwa rodzaje wrzodów gruźliczych, wrzody żołądka i wrzody jelit pomimo ogólnego podobieństwa przedstawiają pewne różnice, polegające głównie na: a) kształcie wrzodów stósownie do kierunku naczyń krwionośnych i chłonnych, b) na tem, że niekiedy w gruźlicy żołądka znacznie większy udział przyjmuje tkanka podśluzowa, c) że bardzo mało zajętą bywa warstwa mięsna i surowicza żołądka, d) że ilość laseczników Kocha we wrzodach żołądka jest nader nieznaczna.

Gruźlicze zapalenie błony śluzowej żołądka rzadko bardzo może mieć znaczenie kliniczne, gdyż występuje zawsze jako cierpienie wtórne przy zmianach już daleko posuniętych w płucach. Tylko w wyjątkowych przypadkach nabiera znaczenia, kiedy wywoła groźne objawy ze strony żołądka, jak krwotok lub przedziurawienie ściany.

Praca Z. Dmochowskiego *O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników* stanowi ciekawy przyczynek do umiejscowienia sprawy gruźliczej w części najwyższej dróg oddechowych. Badania swe oparł autor na materyale sekcyjnym 64 suchotników, u których 21 razy znalazł owrzodzenia gruźlicze jamy nosogardzielowej: z pomiędzy 64 przypadków 56 zmarło na gruźlicę płuc przewlekłą, 8 na gruźlicę ostrą, prosowatą i tych to właśnie aż w 6-ciu zajmowała gruźlica jamę nosogardzielową.

Owrzodzenia te w błonie śluzowej powstają, zdaniem autora, w sposób dwojaki: albo wskutek stopniowego niszczenia nabłonka przez laseczniki, albo przez rozpad serowaty gruczołków znajdujących się w tkance gruczołowej i dopiero następuje zniszczenie warstwy nabłonkowej; pierwsze są zwykle powierzchowne, składają się z naciekłej tkanki gruczołowej, zawierającej mnóstwo laseczników; drugie są głębokie, dno ich pokryte serowatemi masami składa się z komórek nabłonkowatych, pomiędzy któremi znajduje się dość dużo komórek olbrzymich. Wnioski ze swych badań wyraża autor w sposób następujący:

Zapalenie gruźlicze wtórne jamy nosogardzielowej występuje u suchotników bardzo często (na 64—21); szczególnie daje się ono spostrzegać w ostrej gruźlicy prosowatej (*tuberculosis miliaris acuta*). Laseczniki gruźlicze, dostawszy się do jamy nosogardzielowej wywołują zmiany naprzód powierzchowne a potem coraz głębsze. Początkowe zmiany objawiają się w nabłonku i w tkance bezpośrednio pod nim znajdującej się; dalsze zaś występują najpierw w zatokach chłonnych a potem w postaci gruzełków rozsianych po całej tkance limfatycznej. Na błonie śluzowej jamy nosogardzielowej zapalenie gruźlicze prowadzi stale do owrzodzeń. Najwięcej danych przemawia za tem, że cierpienie to jest wtórnem, lecz istnieją niektóre wskazówki, świadczące za możliwością sprawy pierwotnej.

T. Dunin: *Kilka uwag o przyczynach t. zw. rozklejania się komórek mięśnia sercowego.* Jakkolwiek dość zgodnie przedstawiają autorzy obraz makroskopowy i mikroskopowy zmian zachodzących w tem cierpieniu w mięśniu sercowym i zgadzają się na względną częstość tego stanu patologicznego (Browicz 42%, Tedeschi 48% wszystkich sekcyj), mnóstwo istnieje sprzeczności w poglądach na istotę i znaczenie tej sprawy. Pierwotnie autorzy francuscy uważali ją za odrębną niemal chorobę o określonych objawach i przebiegu, co obecnie już odrzucono. Według Recklinghausena, co potwierdzili i inni, zmiana ta występuje dopiero w chwili agonii, jednakże sposób powstawania jest dotychczas ciemny. W tym względzie istnieją dwie teorye, mechaniczna i chemiczna. Pierwsza ma głównie zwolenników w Niemczech, jednakże niektórzy autorowie tłomaczą ją odmiennie, a nawet wprost przeciwnie. Tak Rindfleisch, później Recklinghausen uważają rozklejenie się komórek serca za następstwo nadmiernego podrażnienia włókien i wadliwego skurczu ich substancyi; przeciwnie Israel odnosi je do nadmiernego rozciągania mięśnia, jakkolwiek nie udało mu się tym sposobem nigdy otrzymać sztucznie fragmentacyi. Dla tego przypuszcza on konieczność istnienia poprzednio zmian wstecznych w mięśniu sercowym.

Zdaniem autora teorya mechaniczna sama jedna nie jest w stanie wytłomaczyć zjawiska. Pierwszym i najistotniejszym etyologicznie jest tu czynnik chemiczny, jak to ogólnikowo zaznaczył dawniej Lancereaux. Bodziec mechaniczny później dopiero przyczyniać się może do powstawania zmian. Inni badacze przeciwni byli przyjęciu czynnika chemicznego na tej zasadzie, że rozmiękczenie istoty kitowej i obrazy podobne do fragmentacyi udaje się otrzymać tylko przy pomocy bardzo silnych środków chemicznych a więc w okolicznościach, jakich nie bywa w ustroju. Gnicie zaś nawet w ciągu 90 godzin w powietrzu nie wywoływało rozklejania się komórek (Browicz).

Autor otrzymał inne wyniki. Przez gnicie w badaniach jego powstawała zupełnie typowa fragmentacya, jeżeli tylko mięsień sercowy gnił nie w powietrzu, lecz w wodzie. W tak zgniłych mięśniach znajdował autor zawsze mnóstwo bakteryj; to naprowadziło go na myśl, czy oprócz sprawy gnilnej niema tu peptonizacyi substancyi kitowej pod działaniem wytworów pewnego rodzaju drobnoustrojów. Rzeczywiście przekonał się, że kawałki mięśnia, wrzucone do sztucznego soku żołądkowego, już po kilku godzinach w cieplocie hodowlanej okazują piękną fragmentacyę. Myśl tę nasunął autorowi wynik badania serca w dwóch przypadkach rozklejenia się komórek, gdzie znalazł mnóstwo laseczników *bacterium coli commune* głównie w miejscach rozpuszczenia się substancyi kitowej. Podobnie działać mogą i inne rodzaje drobnoustrojów. To nam tłómaczy ciężkie cierpienia mięśnia sercowego w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, których siedlisko może być nawet gdzieś w narządzie, oddalonym od serca. (C. d. n.).

Dr. Kryński.

Prof. W. Jaworski: **Podręcznik chorób żołądka.** Kraków 1893.

Dzięki nowym sposobom badania zmieniły się w ostatnich czasach zupełnie zapatrywania na choroby żołądka. Niemały udział mieli w tem lekarze polscy, idąc za popędem danym przez Jaworskiego w Krakowie a Rajchmana w Warszawie. Trzeba tylko zajrzeć do dzieła, które omówić zamierzamy, przeczytać je i rzucić okiem na spis autorów polskich, zebrany na końcu książki, by przyjść do miłego przekonania, że Jaworski miał możność napisania w przedmowie następującego zdania: „przy zestawieniu niniejszego Podręcznika naśladowałem obcych autorów, którzy mają ten chwalebny zwyczaj, że w swoich pracach opierają się prawie wyłącznie na literaturze własnego języka“.

Chwalebny ten zwyczaj musimy Jaworskiemu poczytać za szczególną zasługę a to tem bardziej, że on dotąd zwyczajem u nas nie jest. Może przykład autora wpłynie dodatnio, jak dodatnio odbiła się praca jego pod względem badań nad stanami patologicznemi żołądka. Lwią część tych badań wziął autor sam na siebie; to też podręcznik przez niego napisany to nie kompilacya, nie zestawienie przez innych tylko podanych spostrzeżeń i zdań, lecz dzieło na wskróś oryginalne. Jest ono niejako drugiem, poprawionem i znacznie rozszerzonem wydaniem książki tegoż autora p. t. *Zarys patologii i terapii chorób żołądka. Warszawa 1889.* Zdarzenie znów niezwykłe w naszej literaturze lekarskiej, że w niespełna cztery lata, po wyczerpaniu nakładu, pojawia się drugie wydanie oryginalnego dzieła lekarskiego polskiego.

Zasłużyło sobie słusznie pierwsze, zasługuje tem bardziej drugie wydanie na szybkie wyczerpanie nakładu. — Każdy z lekarzy, czy to obznajomiony z przedmiotem, czy chcący się dopiero z nim zapoznać, napotka część swoją. Pierwszy znajdzie wszystko zestawione i zapatrywania szkoły krakowskiej; drugi ma sposobność poznania przedmiotu w obecnym jego stanie. Książka Jaworskiego czyni zadość potrzebie praktyki lekarskiej i to było też zadaniem autora. Zawiera ona szczegóły potrzebne do badania żołądka w dzisiejszem rozumieniu, opis cech czynności żołądka prawidłowego a następnie opis zboczeń chorobowych podany w dwóch działach, t. j. choroby żołądka na tle anatomicznem i nerwice żołądka.

W każdym obrazie chorobowym znajdziemy wiernie, krytycznie i jasno skreślone objawy, zasady rozpoznania a co przeważnie odbija od podobnych dzieł obcych, obszernie podane leczenie a w niem uwzględniona dyetetyka, ten najważniejszy czynnik leczniczy w chorobach żołądka. Cecha ta

szczególną nadaje wartość książce Jaworskiego, sama wystarcza, by *Podręcznik chorób żołądka* znalazł się w rękach każdego lekarza praktycznego.

Wszystkie te zalety odnoszą się w całej pełni do działu I. książki; w dziale II., t. j. obejmującym nerwice żołądka, już tej jasności przeglądu nie mamy, bo jej mieć też nie możemy w dzisiejszym stanie nauki. Wobec chaosu panującego w tym względzie wybrnął autor przecież z trudności z zadowolnieniem dla siebie i z korzyścią dla czytelnika, a to już wiele. Mniej zgodziłby się z nim można na ostatni dział nerwic, t. j. nerwice żołądka przypadowe, do których zalicza napady żołądkowe tabetyczne, przypady żołądkowe zimnicze, bledniczе i t. d., już to z tego powodu, że zdaniem naszem zboczenia n. p. w zimnicy, błednicy, niekoniecznie są nerwicami; z drugiej strony, że takich objawowych przypadów ze strony żołądka możnaby wyliczać całe szeregi, co sądzę, że w *Podręczniku chorób żołądka* należałoby ogólniej przedstawić lub pomieścić w części etyologicznej.

Książkę Jaworskiego wobec przymiotów jej naukowych czyta się z takiem zajęciem, że zapomina się zupełnie o języku, którego poprawnym nazwać nie można. Sądzę, że Redakcya *Przeglądu lekarskiego* spełnia swoje zadanie, zwracając uwagę swoich Czytelników na książkę Jaworskiego, która zasługuje na jak najszersze rozpowszechnienie. *Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich zaliczyć ją może do najlepszych swoich dzieł.* *Gluziński.*

Chirurgia.

R. Volkmann (z Marburga): **O krwawem odprowadzaniu zwichnień urazowych zastarzałych w stawie biodrowym.**

Jakkolwiek zasady ogólne leczenia zastarzałych zwichnień biodrowych są już dziś ustalone, jednakże w przypadkach wymagających operacyi zdania chirurgów co do wyboru tej ostatniej różnią się znacznie. Obecnie, kiedy zarzucono już inne sposoby operowania w tych przypadkach, pozostaje do wyboru jeden z dwóch: krwawe odprowadzenie zwichniętej główki stawowej lub też resekcya. Każdy z tych sposobów ma swych zwolenników. Stronnicy pierwszego z nich (Schede) twierdzą, iż odprowadzanie stanowi metodę idealną, powracającą rzeczywiście stosunki fizyologiczne w chorym stawie i dającą wyborne wyniki czynnościowe; według zaś zwolenników drugiego, (Kocher, Knapp, Kirn) resekcya stanowi zabieg o wiele prostszy, bezpieczniejszy i zupełnie zadawalający pod względem czynności stawu w porównaniu z odprowadzaniem na drodze krwawej, które oprócz tego nadzwyczaj często prowadzi do zropienia z następowem obumarciem główki stawowej. Autor na podstawie spostrzeganego przypadku zwichnienia biodrowego ku tyłowi (*luxatio femoris iliaca dextra*) u chłopca 9. letniego, które po 7 tygodniach odprowadził prof. Küster na drodze operacyjnej, oświadcza się stanowczo za tym sposobem postępowania, w tych przypadkach, gdzie proste odprowadzenie nie jest możliwe. Zdaniem jego w każdym przypadku zwichnienia można z powodzeniem wykonać odprowadzenie główki, jeżeli tylko operować odpowiednio; postępowanie zaś zasadzać się winno na: 1) odpreparowaniu i uwolnieniu zupełnem od zrostów i otaczających części miękkich nie tylko główki kości biodrowej, lecz zarówno i szyjki i krętarza wielkiego aż do *trochanter minor*, 2) usunięciu wszystkich części miękkich, wchodzących pomiędzy główkę i panewkę (powięzie, mięśnie), 3) pogłębieniu samej panewki, która dość szybko wypełnia się tkanką granulacyjną, przemieniającą się w tkankę bliznowatą, 4) odcięciu wszystkich wybujałości kostnych powstających częstokroć zarówno na brzegu panewki, jak na główce kości udowej, wreszcie 5) przecięciu skurczonych mięśni (*adductores*). Co się tyczy następowych powikłań przyrannych, których tak obawiali się niektórzy autorowie, to przy odpowiedniem postępowaniu aseptycznem można ich uniknąć z pewnością. Pewne przeciwwskazanie do odprowadzania krwawego zwichnień biodrowych, stanowi podeszły wiek chorego i znaczne zniszczenie samej główki nie ze względu jednak na trudność operacyi, lecz wobec nader wątpliwego pomyślnego wyniku czynnościowego.

Podczas operacyi przypadku, opisanego przez autora, zauważono nader ciekawe zjawisko: od wierzchołka główki uda, ze zwykłego miejsca przyczepu *ligam. teres* ciągnęło się więzadło nieco może grubsze i krótsze niż prawidłowe, przyczepiając się do środka nowowytworzonej panewki na zewnętrznej powierzchni kości biodrowej. Nowe to więzadło przytrzymywało bardzo mocno główkę kości pomimo oddzielenia jej od otaczających części miękkich. To spostrzeżenie dało pochop autorowi do zbadania na drodze doświadczalnej zmian, jakim ulega *ligamentum teres* wskutek zwichnienia główki kości udowej.

W tym celu wykonał on 8 doświadczeń na psach i królikach, u których robił sztucznie typowe zwichnienia ku tyłowi i górze (*luxatio iliaca*); udawało się to jedynie drogą krwawą, przyczem koniecznie trzeba było przeciąć *ligam. teres*. W 3 przypadkach nastąpiło zropienie stawu, pozostałe zaś badał w różnych odstępach czasu od wytworzenia zwichnień w 2, $3^1/_2$, 8, 10 i 12 tygodni i otrzymał wyniki następujące: Po dniach dwunastu pozostała resztka więzu obłego przedstawia się w postaci małego czopka ziarninowego na wierzchołku główki udowej, zdradzającego wielką skłonność do zrastania się z sąsiedniemi powierzchniami ziarninowemi. Po 23 dniach połączenie to już się dokonało: od *foveola capitis femoris* ciągnie się dość gruby pęczek młodej tkanki włóknistej do dolnej powierzchni nowoutworzonego stawu tuż powyżej brzegu starej panewki; przy ruchach i naciąganiu kończyny więzadło to napina się mocno. Później przybiera ono coraz wyraźniej cechy tkanki zbitej, włóknistej tak, iż po 10—12 tygodniach jedynie tylko nieprawidłowem umiejscowieniem i nieco może grubemi konturami różni się od prawdziwego.

Podobnież widział autor utworzenie się na nowo więzu obłego u psa w 10 tygodni po odprowadzeniu krwawem zwichnięcia w stawie biodrowym, trwającego od 2 tygodni. (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie T. 37. Str. 373*). *Dr. Kryński.*

Ginekologia.

Theilhaber (w Monachium): **Przypadłości ze strony przewodu pokarmowego u kobiet w stosunku do schorzeń narządu rodnego.**

Równie przesadnem jest twierdzenie, jakoby nerwowość kobiet polegała li tylko na tle cierpień macicy, jak i zapatrywanie się, że występuje ona samodzielnie, od nich zawsze niezależnie. Często bowiem zdarzają się ciężkie objawy histeryi wobec równocześnie zupełnie zdrowego narządu rodnego, indziej spotyka się histeryę obok rzeczywistych zboczeń ze strony macicy, których usunięcie wszakże nie wpływa wcale na polepszenie stanu, gdzie zatem nerwica powstała na tle dziedziczności, złego wychowania, psychicznych wpływów i t. p.; z drugiej strony nie rzadkie są przypadki, gdzie poprawa w schorzeniu części rodnych usuwa zarazem i nerwicę.

Wykazano, że miesiączkowanie wpływa na narząd wzroku, sprowadzając kilkudniowe ścieśnienie pola widzenia, hemiopię, amblyopię i amaurozę, ślepotę na barwy, skurcz powiek, porażenie mięśni gałki ocznej; w innych razach nawet zapalenia białkówki, rogówki, tęczówki, naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Zmiany te dostrzeżono niekiedy już na 3 dni przed wystąpieniem regularności i to zwłaszcza u osób, u których była ona zbyt obfitą; trwały zaś one przez cały peryod a ustępowały wcale nie po leczeniu swoistem, ale dopiero po ustaniu miesiączki. W ciąży znane są zapalenie siatkówki białkomoczowe (*retinitis albuminurica*), *asthenopia accomodativa* i *muscularis*, *polyopia*, *strabismus*, wylewy krwawe do siatkówki i ciałka szklanego.

Obserwowano również przypadki znacznego pogorszenia się w chorobach uszu po zajściu w ciążę lub wobec cierpień macicy, niemniej jak i rozmaite zmiany w skórze z tegoż

samego powodu, jako to: występowanie plam i mocnego zabarwienia zwłaszcza na brodawkach sutkowych i wzdłuż linii białej, obrzęki skóry, różnorakie wypryski i osutki, wynaczynionki, trądzik *(acne)*, pokrzywkę i t. p., powstałe odruchowo a znikające po ciąży, czy też po leczeniu ginekologicznem.

W zakresie narządu pokarmowego występuje czkawka, wymioty, bolesność w podbrzuszu, upośledzenie siły trawienia, dyspepsye, kardyalgie.

Kisch podaje pod nazwą *dyspepsia uterina* zbiór przypadów, jak zwiększenie się kwasoty żołądka, wymioty, upośledzenie trawienia a wywołanych przez zgięcia i pochylenia macicy (zwłaszcza tyłozgięcie), przez stany zapalne jej i sąsiedztwa, wrzody na części pochwowej, guzy jajnikowe, wypociny i t. d.

Leyden, G. Braun, Müller, Panecki opisnją przypadki, w których objawy żołądkowe pozostawały w związku z miesiączkowaniem, lub też wogóle ze stanem patologicznym narządu rodnego i ustępowały równocześnie z regularnością, czy też po zabiegach ginekologicznych.

Kretschy zauważył u 25-letniej dziewczyny z przetoką żołądkową, że gdy zwykle trawiła obiad w 6 godzinach a kwasota jej soku żołądkowego przechodziła w oddziaływanie obojętne w siódmej godzinie, to podczas trzechniowej miesiączki trawienie trwało do ośmiu godzin a oddziaływanie obojętne soku żołądkowego nie występowało jeszcze i w dziewiątej godzinie.

Podobne spostrzeżenia poczynił Fleischer w klinice Leubego i Hammela, przyczem okazało się, że po peryodzie trawienie znowu powracało do prawidła.

Autor przytacza z własnej praktyki opis 45 przypadków; z tych 25 z rozpoznaniem *dyspepsia nervosa*, 12 *atonia ventriculi*, 2 nieżytu żołądka, 1 *anaciditas*, 1 *hyperchlorhydria*, 1 wrzodu żołądka, 1 *enteroptosis*.

U 25 pacyentek z *dyspepsia nervosa* apetyt był zmienny, acz przeważnie dobry; natomiast u wszystkich występowało odbijanie się gazami, nudności i wymioty, obfite ślinienie się, niekiedy *globus*, trudności w połykaniu. Chore skarżyły się zwykle na uczucie pełności w żołądku, tak przed jak i po jedzeniu, wzdęcie brzucha, ból głowy, szum w uszach, ćmienie przed oczyma, bicie serca, uczucie strachu, zły sen, ogólne osłabienie i przygnębienie w usposobieniu; stolec był zwykle skąpy i nieregularny, wzdęcie brzucha przed miesiączkowaniem największe.

Badanie przedmiotowe wykazywało zwykle dobre wejrzenie i odżywianie, żołądek i *colon ascendens* mniej lub więcej wzdęte, nad *colon transversum* i *descendens* przytłumienie, trawienie prawidłowe.

U chorych na niedowład żołądka znajdywano dolną granicę żołądka poniżej pępka i wyraźne w nim pluskanie; rozpoznawano *anaciditatem* i *hyperchlorhydriam* na podstawie badania po przepłukaniu żołądka; w przypadku *enteroptosis* stwiedzono niedowład jelit.

Badanie ginekologiczne w powyższych przypadkach wykazało u 4 pacyentek stósunki prawidłowe, u 19 *endometritis catarrhalis*, u 4 *endometritis haemorrhagica*, u 11 *retroflexio* i *retroversio uteri*, u 3 *oophoritis*, u 3 *parametritis*, u 1 *tumor ovarii*.

Na podstawie powyższych, własnych obserwacyj dochodzi autor do wniosku, że pod względem stósunku cierpień przewodu pokarmowego do cierpień narządu rodnego należy odróżnić trzy grupy:

W pierwszym razie występują cierpienia macicy tylko przypadkowo i nie są wcale przyczyną chorób żołądka i jelit; trudno nieraz oznaczyć, czy znajdywane w niektórych przypadkach zmiany w układzie rodnym są rzeczywiście bez ogólniejszego znaczenia i tu też trzeba indywidualizować, rozważając dokładnie kolejne po sobie następstwo każdego objawu z osobna od samego początku choroby.

Tak n. p. co do nerwicy, to za jej przyczyną ośrodkową przemawiają:

a) dziedziczność, przewrotny tryb życia i wychowania niedokładny rozwój ustroju, wyczerpanie sił po ciężkich chorobach, długie karmienie, częste porody;

b) objawy nerwowości już w dzieciństwie, przed wystąpieniem miesiączki;

c) przypadłości powstające po wzruszeniach psychicznych, trwające czasowo a znikające same przez się;

d) trwanie cierpienia dalej mimo skutecznego miejscowego leczenia.

W celu rozpoznania nerwicy odruchowej na tle zboczeń w narządzie rodnym uwzględnia się:

a) występowanie przypadłości równocześnie z objawami miejscowemi (krwotok z macicy, upławy);

b) pogorszenie się przed samym peryodem i podczas niego;

c) wybitne pogorszenie się po obfitych czyszczeniach;

d) ustąpienie przypadłości w czasie ciąży i karmienia;

e) występowanie bólu żołądka za uciskaniem schorzałego narządu (macicy, jajników).

Pewność rozpoznania utwierdza wreszcie rezultat leczenia *ex juvantibus et non nocentibus*.

Do drugiej grupy zalicza się przypadki, w których cierpienia narządu rodnego wywołane są przez przypadłości w przewodzie pokarmowym.

Tak nagromadzenie się kału i gazów w niedowładzie jelit wpływa też niekorzytnie na obieg krwi w zakresie żyły czczej dolnej i sprawia w następstwie żylny zastój w macicy a dalej obfite i bolesne czyszczenia, upławy i t. p.; podobne znaczenie dla przewlekłego zapalenia macicy mają też choroby serca i wątroby, na tej samej podstawie zwiększa białe upławy dłużej trwające zaparcie stolca lub zapalenie kiszki ślepej, mimo że w samej macicy są stósunki zupełnie prawidłowe. Ztądto kobiety, cierpiące w miastach na obfite i bolesne czyszczenia miesięczne, regulują podczas pobytu w lecie na wsi przez żywszy ruch i zmianę dyety funkcye przewodu pokarmowego a pośrednio i krążenie w zakresie dolnej żyły czczej i w macicy.

W trzeciej wreszcie grupie uwidocznia się wpływ cierpień macicy, jako przyczyna zboczeń żołądkowo-jelitowych. Już powyżej zwrócono uwagę na ten wpływ, zwłaszcza w *dyspepsia nervosa*; że także i warstwy mięśni żołądka mogą uledz osłabieniu, o tem można wnosić z analogii atonii żołądka osób niedokrewnych i błednicą nawiedzonych, z osłabienia mięśnia sercowego również w błednicy i u chorych na mięśniaki macicy.

Nie da się zaprzeczyć, że już skutkiem li tylko mechanicznego ucisku macicy powiększonej przez ciążę lub zapalenie, czy też przez zmianę w jej położeniu (*retroflexio*), obniżają się zarazem i jajniki w zatokę Douglasa, gdzie następnie obrzmiewają i sprawiają przy przesuwaniu się zbitych mas kałowych znaczne boleści, z obawy których pacyentki z umysłu powstrzymują oddawanie kału; zdaje się wszakże, że obok tego główną przecież rolę w zaparciu przypisać trzeba atonii kiszki grubej, wywołanej odruchowo. Przemawia za tem obserwacya, że nawet po odprowadzeniu macicy w położenie prawidłowe, bynajmniej nie zaraz ustępuje zaparcie, jak niemniej wzgląd, że kiszka gruba, przebiegając koło *synchondrosis sacro iliaca* na zewnątrz macicy, chyba dopiero pod koniec ciąży lub podczas porodu jest narażoną na ucisk macicy; wreszcie wiele kobiet z tyłozgięciem czy też przewlekłem zapaleniem macicy, cierpiących przytem na zaparcie stolca, doznaje polepszenia pod tym względem podczas regularności lub po zajściu w ciążę.

Na podstawie zatem powyższych obserwacyj nie można przyjąć zapatrywania się Giovanniego, jakoby nerwice odruchowe u kobiet miały li tylko ośrodkową przyczynę, nie potrzeba również przyjmować żadnej odrębnej choroby, ochrzczonej przez Kischa mianem *dyspepsia uterina*, ale należy zważyć, że skutkiem cierpień narządu rodnego występują istotnie różnorodne objawy ze strony żołądka i jelit, bez żadnej w nich anatomicznej podstawy.

Z opisów podanych przez autora dla ilustracyi, zasługują na wzmiankę przypadki tak zwanych histerycznych wymiocin krwawych z żołądka, zresztą zupełnie zdrowego, u osób cierpiących na *metritis chronica* lub *endometritis haemorrhagica*. Gdy kilkoletnie leczenie, skierowane w tych razach przeciw domniemanemu wrzodowi żołądka, pozostało bez skutku, to natomiast wyleczenie owych cierpień macicy usunęło w zupełności i krwawienia z żołądka, występujące zresztą tylko jako znana czynność zastępcza innych narządów *(menstruatio vicaria)* podczas regularności. (*Münch. med. Wochschr. Nr. 47. 48.*). *Dr. L. Kosiński.*

Terapia.

Rosiński: Przyczynek do leczenia sozojodolem ropiejących ran i wrzodów.

R. opowiada o następującym przypadku: mężczyzna 27-letni złamał sobie w sposób prosty *(fractura simplex)* goleń w górnej trzeciej części. Założono mu opatrunek gipsowy, po odjęciu którego po dniach 14 pokazały się dwa nekrotyczne miejsca odleżynowe: jedno na guzowatości goleni, drugie na grzbiecie stopy. Ponieważ złamanie już się zrosło, desinfekcyonowano miejsca zgorzelą nawiedzone i założono opatrunek z gazy jodoformowej ściśle przylegający. Ze zmianą jego pokazało się, że zgorzel nie tylko się nie zmniejszyła, ale nawet powiększyła tak w głąb, jak i na długość, tworząc jakoby rynienkę wzdłuż goleni obok ogniska nekrotycznego ponad piętą. Najdokładniejsze postępowanie przeciwgnilne i codzienna zmiana opatrzenia nie zdołały wstrzymać postępu zgorzeli, która zaczęła już zagrażać nadżarciem przedniej tętnicy goleniowej. Wtedy dowiedziano się, iż pacyent przed kilkoma laty miał wrzód twardy, jednak bez żadnych następstw drugorzędnych. Zaordynowano mu przeto leczenie przeciwkiłowe Dżondego a zewnętrznie użyto sozojodolanu potasowego (*kali sozojodolicum*), którym po gruntownem przemyciu sublimatem posypywano grubo ranę, którą następnie opatrywano gazą sublimatową. Po skończeniu leczenia Dżondego zadano jodek potasu. Pod wpływem takiego postępowania sprawa zmieniła się rychło na dobre, tak, iż po 15-razowej zmianie opatrzenia nastąpiło zupełne wygojenie się rany.

Jakkolwiek zdaniem autora nie ma w tym przypadku wątpliwości, że pomyślny skutek przede wszystkiem zawdzięczyć należy leczeniu przeciwkiłowemu, to jednakowoż i sozojodolan potasowy działał bezsprzecznie bardzo dobrze i zrobił to, czego nie mógł dokazać jodoform. Dlatego też używa od tego czasu autor sozojodolanu we wszystkich głębokich starych wrzodach podudzia po przyżeganiach Pacquelinem i jest ze skutku zawsze bardzo zadowolony. Szkoda tylko, iż sozojodol jest bardzo drogi.

(*Ther. Mtshefte. Grudzień 1893*).

Stepp: Przyczynek do leczenia przewlekłego wrzodu żołądka.

Przypuszczając, że przyczyną powstania i szerzenia się wrzodu żołądka jest nadmierny stopień kwaśności soku żołądkowego, zadawano w tej chorobie przede wszystkiem alkalia bądź w postaci rodzimej wody karlsbadzkiej, bądź w postaci mięszaniny z dwuwęglanu, siarkanu i chlorku sodowego a zarazem ordynowano dyetę przeważnie płynną, osobliwie mleczną. Jakkolwiek skuteczność tego sposobu leczenia nie ulega wątpliwości, to pewna, iż terapia taka, prowadząc dopiero po długim czasie do celu, wystawia cierpliwość pacyenta na ciężką próbę, z której nie każdy wychodzi zwycięzko. W każdym razie choroba trwa długo przy tem leczeniu i nabiera rzeczywiście cechy przewlekłości.

Uznawano powszechnie, że dla rychłego wyleczenia choroby, o której mowa, potrzebaby żołądek utrzymywać w jak największym spokoju i w tym celu nie tylko polecać się chorym leżeć w łóżku, ale sprowadzić czynność trawienną żołądka do rozmiarów jak najmniejszych a żywić ich, przynajmniej w pierwszych czasach choroby, za pomocą odpowiednich lawatyw.

Jak łatwo pojąć, są to wymagania do spełnienia trudne już w klinice i szpitalu a niepodobne poprostu do przeprowadzenia w praktyce prywatnej.

Dlatego zaproponował a i w niejednym przypadku przeprowadził Fleiner swój własny sposób leczenia polegający na tem, by wrzód usunąć od właściwej czynności żołądka, t. j. od trawienia, ograniczyć wydzielanie soku żołądkowego, zmniejszyć stopień jego kwaśności a zarazem podrażnić wrzód otrętwiały ku gojeniu się. Pomysł swój przeprowadzał Fleiner w ten sposób, że za pomocą sondy żołądkowej wprowadzał do żołądka 10 gramów bizmutu, po 10 minutach wydobywał sondę, przez co bizmut oblekał ściany żołądka a więc i wrzód, do ułatwienia czego służyło stosowne ułożenie chorego podczas wlewania przerzeczonego płynu. Po kilku dniach powtarzano tę procedurę w razie potrzeby, t. j. w razie odnowienia się dolegliwości. W ten sposób zadawał Fleiner chorym nieraz po 300—400 gramów bizmutu bez żadnych objawów zatrucia. I to postępowanie daje się przeprowadzić jedynie w szpitalu i klinice.

Stepp używa dlatego od lat 4 z najlepszym skutkiem całkiem innego sposobu leczenia polegającego na tem, iż wprowadza do żołądka płyn mający wstrzymywać nieprawidłowe kiśnienie i rozkład w żołądku a zarazem draźnić nieszkodliwie otrętwiałą powierzchnię wrzodu.

Płynem tym jest woda chloroformowa z dodatkiem, lubo wcale niekoniecznym, podazotanu bismutowego według przepisu:

Rp.	*Chloroformii*	1·00
	Bismuthi subnitrici	3·00
	Aquae destil.	150·00

MDS. Co godzina (lub co dwie godziny w miarę potrzeby) zażywać po łyżce stołowej.

Stepp zwraca wyraźnie uwagę, iż chloroform w tej formie nie działa ani wbrew mniemaniu Ewalda przeciw bólowi ani narkotycznie, lecz raczej jako środek nieco draźniący, podniecający, skrzepiający.

Na poparcie swych twierdzeń przytacza S. kilka historyj chorób i uważa to za zaletę swego sposobu leczenia wrzodu żołądka, iż można używać go zaraz po krwotoku lub nawet przedziurawieniu żołądka, iż woda chloroformowa powstrzymuje tak groźne przez swe następstwa nudności, koi pragnienie tak znaczne i pospolite po krwotokach, tamuje do pewnego stopnia krwotok i działa nawet przeciwgnilnie, co niewątpliwie musi mieć pewne znaczenie w obec nieprawidłowych rozkładów chemicznych i wrzodziejącej powierzchni.

Rozumie się samo przez się, że i przy tem leczeniu wodą chloroformową trzeba bardzo starannie baczyć na dyetę i przed upływem trzeciego tygodnia nie pozwalać bezwarunkowo na żadne stałe pokarmy.

Stepp trzyma się w tej mierze następujących zasad: W pierwszych dwunastu dniach pozwala chorym tylko na mleko i herbatę w równych częściach z mlekiem tudzież rozmoczone kawałki bułki. W końcu drugiego tygodnia daje chorym dobry rosół, z początku szczery, później z dodatkiem jaja. W trzecim tygodniu dodaje się do tego po jednem lub dwu jajach; w czwartym tygodniu potrawy mięsne jak najłatwiej strawne. Za napój po pierwszym tygodniu dobre wino czerwone. W razie zaparcia stolca słaby lek rozwalniający.

(Sprawozdawca *Przeglądu lekarskiego* potwierdza z własnego doświadczenia skuteczność sposobu leczenia podanego przez Steppa, nie może jednak zaprzeczyć, iż tak po wodzie wapiennej, zalecanej niegdyś gorąco przez ś. p. prof. Dietla, jak i po wodzie karlsbadzkiej widział bardzo pomyślne skutki nawet u chorych nie leżących w łóżku).

(*Ther. Mtshefte. Listopad. 1893*).

O badaniu czystości chloroformu przed jego użyciem.

Sądzę, że umieszczenie tego zdania sprawy w piśmie przeznaczonem w pierwszym rzędzie dla lekarzy praktycznych nie będzie bez korzyści.

Wobec wzrastającej ciągle potrzeby chloroformu i fabrykacya jego powiększyła się znacznie a metoda uprościła; pomimo tego jednak chloroform nie zawsze bywa czysty, o czem sam kilkakrotnie przekonałem się niewątpliwie, czystość zaś jego jest bardzo wielkiej wagi. Wprawdzie zanieczyszczenia chloroformu nie pojawiają się w nim ani w takiej ilości ani jakości, iżby same przez się mogły śmierć sprowadzić podczas narkozy; mimo to czystość jego jest rzeczą nader pożądaną w czasie narkozy, to jest w chwili, gdy choremu z natury rzeczy niejedno zkąd inąd zagraża. W każdym niemiłym przypadku, jaki zajść może w ciągu narkozy, powinien lekarz mieć to mocne przeświadczenie, że ani on sam ani preparat, którego używa, nie stał się jego przyczyną; przekonanie jednak to może powziąć wówczas dopiero, gdy sam naocznie wykazał jego czystość, nie zadawalniając się gwarancyą, jaką dała fabryka lub apteka, z której preparat otrzymano.

Badanie chloroformu, że się tak wyrażę, klinicznie jest rzeczą bardzo prostą, dla każdego przystępną, co powinno zachęcić lekarzy do własnoręcznego badania preparatu.

Pomijając sposoby badania chloroformu czysto teoretyczne, przytoczę tylko te, które rzeczywistą praktyczną przedstawiają wartość i konieczność.

Zwykłe zanieczyszczenia chloroformu odnieść należy albo do użycia materyałów nieczystych, użytych do jego otrzymania, albo do niedokładnego ostatecznego oczyszczenia preparatu, lub wreszcie do powolnego rozkładu, jakiemu chloroform po pewnym czasie ulega, zwłaszcza jeśli pozostawał w miejscu wystawionem na działanie światła dziennego.

Jeśli rozpatrzymy się w sprawie chemicznej, podług której wytwarza się chloroform, to tem samem poznamy jego zanieczyszczenia i ich przyczynę. Przez działanie alkoholu etylowego na podchloryn wapniowy tworzy się aldehid octowy, chlorek wapniowy i woda. Przez działanie utworzonego aldehidu na podchloryn wapniowy, tworzy się chloral i wodorotlenek wapniowy; z działania zaś tych ciał na siebie tworzy się ostatecznie chloroform i mrówkan wapniowy. Jeśli natomiast chloroform otrzymuje się wprost z chloralu, co jest właśnie ulepszeniem metody, to reakcya jest znacznie prostsza a chloroform bywa czyściejszy, pod warunkiem jednak, że sam chloral był zupełnie czysty i manipulacye, mające na celu ostateczne oczyszczenie preparatu, dokładnie przeprowadzone. O tem jednak przekonać może li tylko badanie chemiczne.

Zanieczyszczenia chloroformu mogą być następujące:

1) Alkohol etylowy użyty do fabrykacyi może zawierać pewien procent innych alkoholów a przede wszystkiem alkoholu amylowego, który bierze wówczas udział w reakcyi i pojawia się w końcu pod postacią chlorków amylenu.

2) Chlor z podchlorynu wapniowego może częściowo nie wejść w reakcyę a wówczas zanieczyszcza preparat, jako wolny chlor lub jako kwas solny.

3) Aldehid octowy może pozostać do pewnego stopnia bez wpływu działania chemicznego a wówczas znajdzie się w chloroformie bez zmiany.

4) Podczas reakcyi tworzą się jako uboczne produkty inne chlorki: metanu etylenu, amylenu i t. d., których działanie na ustrój jest odmienne od działania trójchlorku metylu, t. j. chloroformu.

5) Wreszcie woda utworzona podczas reakcyj chemicznych może nie być należycie usuniętą a wówczas pozostaje do pewnego stopnia rozpuszczoną w chloroformie.

Obecności alkoholu etylowego w chloroformie nie można uważać za jego zanieczyszczenie, przynajmniej z punktu widzenia klinicznego; przeciwnie jest ona konieczną celem utrudnienia i opóźnienia rozkładu chloroformu pod wpływem światła, jaki wcześniej czy później następuje, zwłaszcza w chloroformie nie zawierającym alkoholu. Produkta rozkładu są bardzo liczne a najważniejsze z nich są chlor, kwas solny, fosgen, czterochlorek etanu i t. d.

Badanie chloroformu pod względem jego czystości da się ułożyć w następujący wzór:

1) Chloroform powinien być cieczą bezbarwną, ruchliwą o charakterystycznym, łagodnym zapachu. Jeśli woń jest ostra, dusząca, to chloroform jest zanieczyszczony przede wszystkiem fosgenem.

2) Ciężar gatunkowy przy ilości alkoholu etylowego dochodzącej do 1% powinien wynosić mniej więcej 1·487. Ciężar gatunkowy o wiele mniejszy wskazuje na nadmierną ilość alkoholu, większy zaś na obecność czterochlorku etanu. Oznaczenie punktu wrzenia i wnioski ztąd wysnuwające się pomijam, jako w przebiegu badania klinicznego nie mogące mieć zastosowania.

3) Kilka sześciennych cm. chloroformu wlanych na czyste szkiełko od zegarka i pozostawionych w miejscu ciepłem bez pyłu, powinno ulotnić się bez żadnej pozostałości a miejsce to, oblane czystym, zgęszczonym kwasem siarkowym, nie powinno dać plamy żółtawo-brunatnej, która wskazuje na zanieczyszczenia innymi chlorkami metanu, etanu, amylenu i t. d.

4) Chloroform powinien oddziaływać obojętnie; oddziaływanie kwaśne wskazuje na obecność kwasu solnego.

5) Preparat badany zmięszany w rurce odczynnikowej z równą objętością wodnego roztworu azotanu srebrowego i wstrząsany mocno przez kilka minut nie powinien dawać ani białawego zmętnienia pochodzącego od chlorku srebrowego, coby wskazywało na obecność wolnego chloru lub kwasu solnego, ani też czarnego osadu srebra metalicznego, coby wskazywało na obecność aldehidu.

6) Kilka sześciennych cm. chloroformu wstrząsanych z równą objętością roztworu jodku potasu (1:20) nie zawierającego jodu, nie powinno okazywać ani śladu nawet zabarwienia fiołkowego; w przeciwnym bowiem razie jest obecny wolny chlor, który wydzielił jod z jodku potasowego.

7) Chloroform kłócony w rurce odczynnikowej z równą objętością zgęszczonego, czystego kwasu siarkowego i pozostawiony następnie na czas dłuższy w spokoju nie powinien zabarwić nawet po 24 godzinach kwasu siarkowego na brunatno-żółto ani dawać obrączki tej samej barwy pomiędzy oboma płynami; w tym bowiem razie wykazałoby się obecność obcych chlorków: metanu, etanu, etylenu lub amylenu.

Badanie obecności wody w chloroformie, jako składnika nieszkodliwego, pomijam.

Jak widzimy, zanieczyszczenia chloroformu są dość liczne a działanie niektórych z nich na ustrój, co najmniej podejrzane; wobec zaś okoliczności, że te zanieczyszczenia nie należą do rzadkości, sądzę, że przed użyciem do narkozy powinno się badać chloroform, zwłaszcza gdy zachodzą wątpliwości co do sposobu jego fabrykacyi lub gdy preparat nie jest świeży, co także często może się zdarzyć. Badanie to nie jest ani skomplikowane, ani długie, ani uciążliwe; daje natomiast wyniki zupełnie pewne a, co za tem idzie, i całkowite zaufanie do preparatu takiej doniosłości, jaką przedstawia chloroform używany do narkozy.

Dr. Eugeniusz Kozierowski we Lwowie.

Odontologia.

Prof. Miller: Sposoby wypełniania zębów, bez usuwania chorej miazgi (pulpy.)

Wiadomo, że ząb, którego miazga dawno obumarła, może służyć przez lata, skoro tylko miazgę tę usunie się zupełnie a przewód zębowy wypełni jakimkolwiek materyałem do plombowania przydatnym. Osiągnięcie jednak tego natrafia zazwyczaj na wielkie trudności i wymaga bardzo wiele cierpliwości, tak ze strony chorego jak i lekarza. Usunięcie miazgi z przednich zębów nie jest rzeczą tak trudną, w tylnych za to, a szczególniej trzonowych, czasami nawet niemożliwą. Nie można nigdy zadowolnić się częściowem tylko

zniszczeniem, ale trzeba zabrać wszystko, bo najmniejsza cząstka pozostawiona, może być punktem wyjścia objawów zapalnych. Ponieważ wydobycie takie jest często wprost niepodobnem, przeto jeszcze w roku 1874, podał Witzel swoję tak zwaną amputacyjną metodę, sądząc, że ciasto (pasta) arszenikowe, niszczy tylko zewnętrzną część miazgi, wewnętrzną zaś można jako zdrową pozostawić bezpiecznie, wydobywszy to, co chore, a więc tylko tak daleko, dokąd pasta zadziałała. Zdaniem Witzla reszta pozostałej miazgi miała się zamienić w nitki antyseptyczne przez następowe wprowadzenie ciasta złożonego z kwasu karbolowego lub sublimatu z cementem. Podobnie robił Baume używając karbolu i sublimatu, ałunu lub boraksu, co jednak nie dawało zbyt dobrych rezultatów.

W ostatnich czasach ogłosił Herbst nową metodę, do tego samego celu zdążającą, w której główny nacisk kładzie na używanie zamiast ciasta arszenikowego jego dmiany t. j. połączenia arszeniku z metalami t. z. *Scharbenkobalt*. Drugą sprawą, jaką porusza, jest szczelne zamknięcie przewodu listkami cyny, zapomocą własnej rotacyjnej metody. Po krytycznym przeglądzie prac wymienionych autorów, Miller kładzie za warunek, aby środek, którego użyjemy w celu uczynienia zniszczonej pulpy nieszkodliwą na przyszłość, miał następujące przymioty: 1) musi być mocnym środkiem przeciwgnilnym, 2) musi się dostatecznie rozpuszczać, aby mógł przeniknąć wszystkie części miazgi, a mimo to nie może się ulatniać; musi tam pozostać raz na zawsze. Dalej środek ten nie powinien niszczyć dentyny i nie sprawiać odmiennego zabarwienia szkliwa. Rozbierając własności różnych przetworów z osobna, używał pastylek składających się z

Sublimati corros. 0·01
Natrii chlorati 0·02

lub:

Sublimati corros.
Thymoli āā 0·0075

i tę formułkę pastylek uważa za najlepszą. Sam sublimat z solą kuchenną wywoływał często zapalenie osłonki korzenia; tymol zaś będąc ciałem trudno rozpuszczalnem nie dozwala za szybkiego wnikania sublimatu wtkankę. Także używał Miller dyafteryny, jednego z najnowszych środków podanego jako przeciwgnilny przez Emmericha. Działanie jego nie jest tak pewne, jak sublimatu, ma jednak tę zaletę, że ząb po jego użyciu nie czernieje, co zwykle następuje po sublimacie.

Użycie pastylek jest następujące: Po zupełnem zniszczeniu miazgi ciastem arszenikowem i oczyszczeniu zewnętrznem jamy karyetycznej tak, aby wejście do przewodu było dostępne, wprowadza $1/3$—$1/2$ pastylki tymolowo-sublimatowej, zwilża ją nieco i przykrywa listkiem złota, na który nakłada tymczasową plombę cementową lub wprost amalgamową. Jeżeli wejścia do przewodów mało są dostępne, należy pastylkę rozgnieść, tak aby z niej powstały proszek mógł wszędzie się dostać. Statystyka, jaką Miller zebrał, tak z instytutu berlińskiego, jak i prywatnej praktyki, bardzo przemawia za używaniem pastylek tymolowo-sublimatowych i jego metodą (*Verhandlungen der deutschen odontologischen Gesellschaft. V. tom, zeszyt 3*). *Dr. Łepkowski.*

Zapiski terapeutyczne.

— Przeciw tak pospolitemu uczuciu swędzenia lub drażnienia w krtani pobudzającego do napadów kaszlu krtaniowego bardzo nieprzyjemnego, okazują się nieraz bardzo skutecznemi wdechania pary ze zbiornika z wodą wrzącą, do której dodano w stosunku na pół szklanki wody 20 do 50 kropel płynu sporządzonego według przepisu:

1) Rp. *Alcoholi 40%* 20·00
Mentholi 0·25
Acidi benzoici 1·00
Cocaini muriatici 0·15

Wdechania takie robi się w miarę potrzeby i po kilka razy dziennie. Oczywiście, że można użyć do nich także i to bardzo wygodnie jakiegoś przyrządu rozpylającego.

— Na podstawie doświadczenia w 50 przypadkach używa Robin w Paryżu z bardzo dobrym skutkiem do leczenia miejscowego róży rozpylania zwykłym przyrządem parowym płynu:

2) Rp. *Liquoris van Swieteni* 250·00
Acidi tartarici 0·25

Rozpylania robią się zazwyczaj po 4 razy, w cięższych przypadkach po 6 razy dziennie. Każde rozpylanie trwa $1/2$ godziny a przyrząd rozpylający znajduje się w odległości mniej więcej 30 cm. od skóry.

(*La médecine moderne. Grudzień. 1893*).

— Między niezliczonemi środkami proponowanemi i używanemi przeciw wiewiórowi czyli tryprowi zasługuje jeden, który dał bardzo dobre rezultaty w szpitalu wojskowym w Monachium, na wzmiankę. Jestto wstrzykiwanie obfite do cewki moczowej po dwa razy dziennie płynu:

3) Rp. *Ammonii sulfoichthyolici* 3·00
Aquae destill. 100·00

Środek ten w przypadkach ostrych działa bardzo rychło, w przypadkach zaś przewlekłych lepiej, niż każdy inny.

Rozumie się samo przez się, że podczas leczenia tym sposobem chorzy trzymać się muszą ściśle znanych ogólnie prawideł co do żywienia się, kąpieli i t. d.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 22. Listopada 1893 r.

Przewodniczący: wiceprezes kol. doc. Trzebicky. — Członków 41.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. wiceprezes wita przybyłych na posiedzenie kol.: Merunowicza, Singera i Lachowicza (z Wilna).

III. Jednogłośnie potwierdzono przedstawionych przez Komitet Towarzystwa do Komitetu przedwyborczego na r. 1894 kolegów: Blatteisa (młodszego), Buszka, Filipkiewicza, Glazińskiego, Jordana, Jungera, Karpińskiego, Kohna, Kryńskiego, Kwaśnickiego, Marcisiewicza, Obalińskiego, Palecznego, Pieniążka, Poniklę, Rościszewskiego, Rosenzweiga, Rydla, Schneidra, Sokołowskiego, Surzyckiego, Tyszkiewicza, Wachholza i Zarewicza.

IV. Kol. Lud. Korczyński przedstawia imieniem Komisyi przemysłowej perełki wyrobu mag. farm. Bełdowskiego z kreozotem i bromkiem kamfory po 0·05, z *natrium arsenicosum* po 0·001, azotanem strychninowym i glonoiną i prosi o przyjęcie ich i polecenie przez Towarzystwo lek. krak., jako leki wypróbowane w klinice lekarskiej i odpowiadające swemu celowi.

V. Kol. Piątkowski przedstawia w imieniu kol. prezesa komisyi przemysłowej perełki wyrobu Zahradnika a zawierające: węglan kreozotowy po 0·50, 0·30, 0·20, 0·10 z moruolem i węglan kreozotowy z olejkiem migdałowym po 0·10. Perełki te rozpuszczają się w słabym roztworze kw. solnego i w podwyższonej ciepłocie w przeciągu pół godziny, wejrzenie ich nie przedstawia nic do życzenia, cena niższa od wyrobu zagranicznego Hella a smak mają przyjemniejszy i łagodniejszy, nadto, ponieważ je wypróbowano w klinice lek., prosi o ich zatwierdzenie.

Środki lekarskie pczedstawione przez koll. Korczyńskiego i Piątkowskiego przyjęto i zaliczono do środków poleconych przez Towarzystwo lek. krak.

VI. Kol. Gabryszewski przedstawia chorego, u którego przed miesiącem wykonano z powodu *osteochondrosarcoma thoracis* rozległą resekcyę

żeber. Guz, wielkości głowy dwuletniego dziecka, położony po lewej stronie między mostkiem a linią pachową przednią, między drugiem a szóstem żebrem, wycięto z części miękkich po oddzieleniu skóry w kształcie półkolistego płatu z podstawą u góry. Następnie wypiłowano trzy żebra, t. j. trzecie, czwarte i piąte w długości około 12 cm. a ponieważ zrostów z zwyrodniałą opłucną ścienną nie można było rozdzielić, resekowano przeto na całym obszarze opłucnę i otworzono jamę opłucnową. W szerokim otworze ukazało się w osierdziu bijące serce a wśród wahań zwolna zapadające się płuco. Chory chwilowo przedstawiał stan groźny a wytężone oddychanie, jakoby duszenie się lub łapanie powietrza, sinica i ogromny upadek przyspieszonego tętna, powoli zaczęły ustępować po usunięciu chloroformu i zdjęciu kompresu, który położono poprzednio na płuco i osierdzie, aby krew nie wlewała się do opłucnej. Krwotok zatamowano dokładnie i szczelnie zaszyto ranę. Przy tej ostatniej czynności wielce przeszkadzało płuco, które wydymało się ustawicznię przy kaszlu i krzyku budzącego się chorego i wyciskało się przez ranę na zewnątrz.

Przebieg pooperacyjny był bez żadnego zboczenia, bez najmniejszej gorączki i bolów; kilkakrotnie tylko chory skarżył się na uczucie duszności i ucisku w ranie. Po tygodniu opatrunek zdjęto a rana przedstawiła się w takim stanie, jak się ją widzi obecnie; otwór zatem długości około 14 cm. i takiejże szerokości, pokryty skórą w niego się wpklającą, pod którą bezpośrednio można widzieć i wyczuć bijące serce i za wydechem wypuklające się płuco. Płuco okazuje mierną niedodmę i katar oskrzelowy.

Podobną operacyę wykonał kol. Rydygier przed trzema laty z powodu mięsaka u młodej dziewczyny, gdzie jednakowoż oprócz wypiłowania 2 żeber i otwarcia klatki piersiowej musiano wyciąć kawałek ściany brzusznej i przepony tak, że i wątroba była w cięciu. Mimo wszystkiego udało się obie jamy otwarte zamknąć w zupełności a w kilka dni płuco powróciło do prawidłowych wymiarów.

Tak więc zdaje się, że antyseptyka i aseptyka dzisiaj uprawniają zupełnie do tego rodzaju rękoczynów, jak tego zresztą dowodzi wcale pokaźny już zastęp wykonanych z pomyślnym wynikiem resekcyj klatki piersiowej. Nieliczne operacye dawniejszych czasów mogą jednak wykazać obok przeważnej liczby zejść śmiertelnych, także kilka pięknych rezulatów. Już Richeraud mógł się cieszyć pomyślnym wynikiem swego zabiegu, który pierwszy w r. 1818 wykonał z powodu raka resekcyę. Po nim Sevillot, który nawet kawał płuca resekował, doczekał się wyzdrowienia chorego. Następne jednak przypadki zakończyły się śmiercią i zniechęciły do dalszych prób na tem polu. Dopiero piękny przypadek Fischera (1879) zwrócił powszechną uwagę; to też cały szereg resekcyj klatki piersiowej po nim wykonano i ogłoszono. Dziś już naliczyć mogłem 27 przypadków; z nich 5 śmiertelnych. Resekcyj z wycięciem i zeszyciem przepony było także kilka a należą tu przypadki Humberta, Mikulicza i innych.

Na podstawie przypadków własnych i obcych twierdzi kol. Gabryszewski:

a) Resekcyę klatki piersiowej należy wykonywać w przypadkach wszelkich nowotworów żeber, o ile nie przypuszcza się już uogólnienia nowotworu.

b) Jestto operacya bardzo poważna, nie tyle ze względu na obawę zakażenia, ile z przyczyny zboczeń bezpośrednich po otwarciu jamy opłucnowej i serca.

c) Najszkodliwszy wpływ na odsłonięte organa wywiera zimno i wysychanie oraz jakikolwiek ucisk; należy więc ich unikać.

d) Bardzo ważną rzeczą jest dokładne tamowanie krwotoku i zeszycie rany. Przeciwwskazane przemywanie opłucnej jakimkolwiek płynem przeciwgnilnym.

e) Cięcie należy prowadzić tylko płatowe, aby szew nie leżał na otworze, lecz obok niego (przeciwnie jak dotąd wszyscy robili). (*Referat własny*).

W dyskusyi wyjaśnia kol. Cybulski, że dlatego widziano ruchy płuca podczas operacyi, ponieważ powietrze wychodząc z drugiego płuca podczas wydechu natrafiało na skurcz krtani, wchodziło przeto do płuca odsłoniętego i wypuklało go. Zkąd zaś pochodzi dość często spostrzegana śmierć nagła po odsłonięciu klatki piersiowej? to na podstawie doświadczenia przez operacye na psach może kol. Cybulski twierdzić, że sprowadzają ją nagłe oziębienie serca przez powietrze wciskające się przez ranę.

Kol. Gabryszewski wspomina, iż już Haas zwracał uwagę i zalecał strzedz się oziębienia serca i parowania płuca, jako czynników przyczyniających się do nagłej śmierci podczas operacyi po otworzeniu klatki piersiowej.

VII. Kol. Bujwid okazuje preparaty mikroskopowe różnych form bakteryj cholery, zwracając uwagę, że hodowle tych bakteryj, w nieco różnych okolicznościach otrzymane, mogą różnie wyglądać. Typ krzywej laseczki widocznym jest w hodowli świeżej w galarecie, agarze i bulionie, oraz w świeżych wypróżnieniach. Trafiać się mogą tylko pewne różnice w grubości i długości laseczki, które są jednak bez żadnego wyraźnego znaczenia dla rozpoznania. Natomiast po dłuższym czasie lub w czasie zmiany ciepłoty (w zimie) laseczki mogą być dłuższe, krótsze, prawie proste, w postaci długich, powyginanych nitek, laseczek tak krótkich, jak owalne ziarniki; wreszcie po długiem, kilkutygodniowem hodowaniu w postaci okrągłych, źle barwiących się ziarników. Do rozpoznania cholery należy zatem używać tylko hodowli świeżych, uzyskanych w okolicznościach ściśle oznaczonych, o ile można jak najbardziej odpowiadających pierwotnemu typowi bulionowej lub żelatynowej hodowli.

W dyskusyi: Kol. Kryński pyta się prelegenta, czy można widzieć stałe zmiany we formie bakteryj cholerycznych za podnoszeniem lub obniżaniem się ciepłoty; również, czy nie dostrzegł prelegent jakiej zmiany we formie przecinków pochodzących z różnych miejscowości, n. p. z Hiszpanii i Warszawy a co mogłoby zależeć od różnego stopnia ciepłoty tych miejscowości?

Kol. prelegent w odpowiedzi oświadcza, że hipotez co do tego na razie przedstawić nie może, lecz tylko okoliczności, o jakich przekonał się robiąc mnóstwo preparatów. Wypada jednak dodać, że przecinki przybierają prostszą postać w niższej ciepłocie, podobnie jak w braku odpowiedniej pożywki; w wyższych zaś ciepłotach są więcej typowe. Nadto forma przecinków wiele zależy od podłoża i stopnia jego alkaliczności.

Kol. Ponikło pyta się kol. Prelegenta, co trzeba sprawdzić, by można rozpoznać bakteryologicznie cholerę indyjską, bo n. p. badając swego czasu wodę wiślaną natrafił na bakterye nie różniące się ani hodowlą ani znaną reakcyą od cholerycznych a dotąd nie jest pewnym, czy miał do czynienia z prawdziwą cholerą.

Kol. Bujwid w odpowiedzi oświadcza, iż trzeba oznaczyć wejrzenie mikroskopowe, czy i jak rośnie (to najważniejsze) na płytce i pożywce, formę i reakcyę indolową; jeżeli gdziekolwiek jest jakaś nietypowość, to nie mamy do czynienia z cholerą.

Kol. Piotrowski zaznacza, że trzeba uwzględnić także badanie sekcyjne.

Kol. Merunowicz opierając się na doświadczeniach w pracowni bakteryologicznej krajowej (przeszło 100 badań), twierdzi, że kultury mikroskopowo były wszystkie do siebie podobne. Sądzi dalej, że zmiany morfologiczne kol. Bujwida mogą dopiero powstawać w późniejszym okresie rozwoju. Aby zaś rozpoznać cholerę w danej miejscowości, to trzeba uwzględnić: a) wywiady, b) przebieg kliniczny, c) sekcyę, d) wejrzenie mikroskopowe.

Kol. Obalinski oświadcza, że można rozprawiać po akademicku nad prątkami, lecz pod względem praktycznym należy każdy przypadek podejrzany, w którym znaleziono prątki podobne do cholerycznych, uważać za cholerę azyatycką.

Kol. Jakubowski uważałby w rozstrzygnięciu rozpoznania cholery obraz mikroskopowy za ważniejszy, a to oparty na doświadczeniu sekcyi dziecka ze szpitala św. Ludwika, gdzie na podstawie sekcyi można było przyjąć cholerę a dopiero mikroskop rozstrzygnął, że cholery wcale nie było.

Kol. prelegent przemawiając w końcu oświadcza, że trzeba koniecznie oprzeć się na kilku danych rozpoznawczych, nim się rozpozna cholerę w danej miejscowości. Sekretarz *Dr. Olszewski.*

V. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

Dr. Gustaw Piotrowski,

Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

Gdy z początkiem r. 1892 zaszczyciła mię Akademia Umiejętności w Krakowie przyznaniem stypendyum z fun-

dacyi ś. p. Dra Seweryna Gałęzowskiego w kwocie 5000 franków, obrałem sobie na dłuższy pobyt uniwersytet w Cambridge. Anglia nęciła mnie z wielu względów. Niemieckie najgłówniejsze ogniska już znałem; nie obce mi też były pracownie Paryża, literaturę naukową niemiecką i francuską mogłem jakkolwiek z trudnością śledzić we Lwowie, podczas gdy angielska dostępna mi była jedynie za pośrednictwem referatów. A przedstawia się ona imponująco. W każdej gałęzi fizyologii coraz to większy zastęp pracowników sumiennych a bystrych rozszerza widnokręgi tej nauki. W pracach angielskich uderza gruntowność pozbawiona niemieckiej pedanteryi, wyśrubowanej często *ad absurdum*, trzeźwość nadzwyczajna i niechęć do produkowania błahych, efemerycznych teoryek, tak częstych w literaturze niemieckiej. — Że zaś obrałem Cambridge, skłonił mię między innymi względami podręcznik fizyologii prof. Fostera, zdradzający na każdym kroku w autorze głęboki zmysł krytyczny i niesłychanie trzeźwy umysł, wreszcie sława jego, jako znakomitego pedagoga. W ogólności strona pedagogiczna angielskich uniwersytetów wabiła mię wielce. Wyboru swego pod żadnym względem nie pożałowałem. Listy polecające od Akademii Umiejętności i Dziekana lwowskiego, tudzież prywatne polecenia otworzyły mi wszelkie zakłady naukowe a nader wielka uprzejmość i gościnność ludzi nauki w Anglii, ułatwiła mi poznanie systemu i stanu nauk lekarskich a rezultat przeszedł moje oczekiwania.

Po przybyciu i pierwszem rozejrzeniu się w Cambridge chciałem badać system naukowy wogóle a w szczególności zdawać sprawę odrazu w listach do *Przeglądu lekarskiego* ze stanu medycyny. Wkrótce jednak przekonałem się, żem się targnął zarozumiale na zbyt trudne zadanie. Skoro począłem rozpytywać się o przepisy, urządzenia, ustawy i t. d., znalazłem się w położeniu Marka Twaina w *A tramp abroad*, któremu każdy z dwunastu zapytywanych o burszenszafty w Heidelbergu dał całkiem odmienną odpowiedź. Im więcej czytałem i pytałem się, tem większy powstawał w mej głowie chaos. Uniwersytety, egzamina, kolegia, wydziały, szkoły medyczne i t. d., wszystko to przesuwało się jak w kalejdoskopie, bez możności uchwycenia związku. Zniechęcony, użalałem się na to prof. Fosterowi, lecz i ten nie wiele mógł mię poinformować o ogólnych stosunkach; polecił mi jednak udać się do p. Oskara Browninga z *Kings-College*, redaktora *Educational Revue*, który na polu edukacyi zdawna pracuje i zna te rzeczy na wylot. Główne me zapytanie się było, czy są wogóle jakieś statuty i czy istnieje pewien tok nauk, jak u nas szkoły normalne, dalej gimnazya, i szkoły realne, t. j. wogóle szkoły średnie, wreszcie szkoły wyższe, każde z odpowiedniemi egzaminami. Na to odpowiedział mi p. Browning z uśmiechem, że są tam podobno jakieś statuty, które jednak służą do tego, co i drukowana konstytucya, t. j. ażeby się jej nikt nie trzymał. W rzeczywistości niema właściwie żadnego systemu. Prócz niewielu najniższych szkół rządowych i przymusu szkolnego, wyjątkowo tylko w pewnych miastach istniejącego, wszystkie szkoły są instytucyami prywatnemi, każda z innym zakresem i programem. Ta rozmaitość panuje też i w wyższych szkołach a więc uniwersytetach, szkołach lekarskich i t. p. — Trzeba więc było poznać najpierw każdą instytucyę z osobna, uchwycić różnicę między niemi i podobieństwa, aby sobie wyrobić jaki taki ogólny pogląd. Ten powód skłonił mię do odłożenia pióra aż do poznania przynajmniej główniejszych uniwersytetów i szkół lekarskich w Anglii i dlatego teraz dopiero zdaję sprawę z tej części mej naukowej podróży.

Sądzę, że przede wszystkiem powinienem dać ogólny rzut oka na przepisy i urządzenia lekarskie; od tego też rozpoczynam swoje sprawozdanie.

Ogólne przepisy i urządzenia lekarskie.

Praktyka lekarska wolna jest w Anglii. Może ją wykonywać, kto chce, i może też za nią pobierać wynagrodzenie. W razie jednak, jeżeli pacyent nie płaci, nie ma leczący prawa do sądowego ściągania z niego honoraryum. Upoważnieni są do tego lekarze z zawodu, wpisani w akta medyczne, co się nazywa *to be registered under the medical act.* Ażeby być wpisanym w poczet lekarzy, musi kandydat ukończyć jeden z uniwersytetów lub szkół medycznych Wielkiej Brytanii i przejść pewne egzamina a wtedy po opłaceniu 5 funtów może być przyjęty jako *Fellow, Member, Licenti te* lub *Extralicentiate of the Royal College of Physicians* lub *Surgeons* Londynu, Edynburga lub Irlandyi. Odcieni tych tytułów jest nieskończona ilość. W poczet lekarzy mogą być również wpisani dyplomowani doktorzy uniwersytetów zagranicznych, po przedstawieniu odpowiednich dokumentów, stwierdzających ich uzdolnienie lekarskie. Wpisu dokonywa albo główne ciało lekarskie *General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom*, albo też jej filie (*Branch Council*) w główniejszych ogniskach lekarskich. Członkowie tej rady lekarskiej wybierani są przez uniwersytety, ciała lekarskie, jak *Royal College of Physicians* lub też *Surgeons* w Londynie. *Apothecaries Society of London, Kings and Queens College of Physicians in Ireland*, dalej zaś mianuje ich także Królowa, za wskazówkami swej rady prywatnej (*with the advice of Her Privy Council*). Uczniowie medycyny obowiązani są również do wpisywania się w odpowiedniej filii w *Medical Students Register*, czego można dokonać tylko po przebyciu pewnego rodzaju wstępnego egzaminu z ogólnego wykształcenia, t. j. *The Preliminary Examination in General Education.* Ostateczny egzamin lekarski może składać kandydat dopiero co najmniej po upływie 45 miesięcy od wpisu. Egzaminują i udzielają dyplomów rozmaite ciała naukowe, nie zawsze połączone ze szkołami lekarskiemi, jak n. p. *University of London*, który jest ciałem wyłącznie egzaminacyjnem a nie nauczającem. Ciała te są następujące: w Anglii: *University of Oxford, University of Cambridge, Oxford and Cambridge Schools Examination Board, University of Durham, University of London*; w Szkocyi: *Victoria University, University of Edinburgh, University of Aberdeen, University of Glasgow* oraz *Royal Colleges of Physicians and Surgeons of Edinburgh*; w Irlandyi: *University of St. Andrews, University of Dublin, Royal University of Ireland, Faculty of Physicians and Surgeons in Ireland.*

Stopnie są nader różne i różny też przebieg studyów w rozmaitych szkołach; dlatego też sądzę, że najodpowiedniejszą będzie rzeczą przejść główniejsze z osobna. Oczywiście, że niepodobieństwem by było opisać wszystkie szczegółowo. Zdam więc sprawę przede wszystkiem z tych, które

osobiście poznałem, najgłówniejszych zresztą, co do innych zaś pokrótce podam wiadomości zaczerpnięte z odpowiednich źródeł.

Zacznę od szkół lekarskich w Anglii. Są one następujące: Uniwersytety w Cambridge i Oxfordzie, 12 szkół lekarskich w Londynie, *University of Durham*, *College of Medecine Newcastle upon Tyne*, *University College* w Liwerpolu, *Owens Coll.* (*Victoria Univ.*) *School of Medicine*, *Sheffield School of Med.*, *Mason Coll. Birmingham*, *Bristol Medical School*, *Yorkshire Coll. Leeds*. W Szkocyi uniwersytety w *Aberdeen*, *St. Andrews*, Edynburgu i Glasgowie. W Edynburgu *School of Med. and Pharmacy*, w Glasgowie *St. Mungos Coll. and School of Med.*, *Anderson's Coll. Med. School* i *Western Med. School*. W Irlandyi uniwersytet w Dublinie, *Dublin Royal Coll. of Surgeons*, *Dublin Catholic Univ.*, *Belfast Queen's Coll.*, *Cork Queen's Coll.*, *Galway Queen's Coll.*

W Anglii główne ognisko lekarskie stanowi Londyn, już to dla swych olbrzymich szpitali, już też dla dogodniejszych warunków, aniżeli w uniwersyteckich miastach, jak *Cambridge* i *Oxford*. Tu odbywa swe studya medyczne każdy, kto chce je odbyć tańszym stósunkowo kosztem i szybko; w wymienionych bowiem powyżej uniwersytetach studya są znacznie droższe i dłuższe.

Rozpocznę jednąk niniejsze sprawozdanie od uniwersytetu w *Cambridge* a to z tego powodu, że główne nauki lekarskie a przede wszystkiem fizyologia są w nim znacznie wyżej rozwinięte a na nię głównie uwagę zwracałem w czasie swej podróży naukowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 4. Stycznia 1894 r.

— Komisya sanitarna krakowska odbyła w dniu 28. z. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania się uchwalono przedstawić Radzie miejskiej do zaproszenia w myśl nowego statutu na członków z po za Rady: 1) Dra Gustawa Bielańskiego c. k. lekarza powiatowego, 2 prof. Dra Odona Bujwida, 3) prof. Dra Leona Macieja Jakubowskiego, 4) Dra Augusta Kwaśnickiego, 5) prof. Dra Józefa Łazarskiego, 6) Dyrektora szpitala św. Łazarza Dra Stanisława Ponikłę. — Przypomniano magistratowi, aby tandetne ubrania dalej podlegały desinfekcyi. — Przyjęto do wiadomości, co dotąd zrobiono w sprawie budowy szpitala epidemicznego i uproszono komitet dawniej *ad hoc* wybrany o prowadzenie dalsze tej sprawy. — Wykazano, że pp. lekarze miejscy zaszczepili kosztem gminy w ciągu r. 1893 5071 osób; pierwszy raz zaszczepiono 1901 osób, drugi raz 3170 osób, mianowicie zaszczepił Dr. Koy 1817, Dr. Wilkosz 713, Dr. Schaitter 1699, inni 559 osób. Zaszczepiono o 3218 osób więcej, aniżeli w roku 1892. Jedno zaszczepienie kosztowało około 8 centów. Z ospy umarło w 1893 roku 194 osób, pomiędzy temi 65 dzieci do 5. roku życia, które nie były wcale szczepione. Ze szczepionych powtórnie nie umarł.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego odbytem dnia 2. b. m. wybrano prezesem prof. Dra Ignacego Baranowskiego, wiceprezesem Dra Alfreda Sckołowskiego, sekretarzem dorocznym Dra W. Szumlańskiego. Nowych członków przyjęto 15.

— Jeneralny Komitet XI. zjazdu międzynarodowego w Rzymie zawiadamia, że zostanie utworzoną także sekcya odontologiczna i zaprasza lekarzy-dentystów do licznego w niej udziału.

— Jak donosi *Gazeta lekarska*, założyli lekarze gubernii suwalskiej osobne Towarzystwo lekarskie, którego ustawa jest już zatwierdzona.

— Dr. Justyn Karliński, złożywszy sułtanowi obszerny raport piśmienny o robotach koniecznych dla asanizacyi Konstantynopola uważał misyą swoją tamże za ukończoną a nie chcąc tracić lat służby bośniackiej upraszał sułtana dnia 23. grudnia z. r. o uwolnienie, na co tenże zezwolił obdarzywszy go medalem za zasługi na polu umiejętności i sztuki *Niszom Iftikar*. Ponieważ zaś urlop, jaki rząd bośniacki dał Dr. Karlińskiemu z pozostawieniem rangi i płacy, kończy się dnia 15. Stycznia r. b., przeto tenże zaraz po Nowym Roku wraca przez Tryest do Bośnii, aby objąć swe stanowisko lekarza dystryktowego we Visoku na północ od Serajewa.

— Dla członków jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego mającego, jak wiadomo, odbywać swe obrady w Rzymie od 29. Marca do 5. Kwietnia r. b., gotuje komitet wspólne wycieczki: jedne za 60 do 70 lirów czyli franków do Neapolu, Baji, Sorrentu, wyspy Capri i Wezuwiusza, drugą za 275 franków do Neapolu i Sycylii ze zwiedzeniem Messyny, Taorminy, Katanii, Syrakuz, Agrygentu i Palermo z powrotem do Neapolu. W tych cenach 70 i 275 lirów rozumie się kolej, powozy, jedzenie, mieszkanie, napiwki i t. d.

— Byli asystenci zmarłego niedawno prof. Charcota postanowili postawić pomnik ku uczczeniu pamięci mistrza swego. Rada jeneralna departamentu Sekwany ofiarowała na ten cel 500 a rada miejska paryska 1000 franków.

— Doktor medycyny Canonge, pułkownik 139. pułku piechoty francuskiej, mianowany jenerałem brygady.

— Dr. Defontaine, lekarz słynnych zakładów górniczych i hutniczych w Creuzot we Francyi, donosi Towarzystwu chirurgicznemu paryskiemu o osobliwym zbiorze przypadków tak zwanego rażenia elektrycznego, jakiemu ulegają nieraz robotnicy pracujący w tamtejszych zakładach fabrycznych, w których używa się światła elektrycznego a mianowicie wytwarzanego przezeń nadzwyczaj wysokiego stopnia ciepła do topienia żelaza. Z opisu tego wypada, iż w odległości 10 metrów od łuku Volty doznają ludzie na miejscach niepokrytych skóry, mianowicie na szyi, twarzy a osobliwie czole bolesnego kłucia i gwałtownego pieczenia, przyczem skóra ciemnieje nabierając barwy miedzianej a nawet bronzowej. Mimo używania szkieł poczernionych oczy ulegają takiemu olśnieniu, iż całemi minutami nic można niemi nie widzieć, poczem pojawia się widzenie wszystkiego żółto i zapalenie spojówki. Objawom tym towarzyszy ból głowy i bezsenność a niekiedy nawet i gorączka. Po dwóch dniach objawy te zaczynają powoli ustępywać, przyczem skóra łuszczy się. Ze całe to działanie polega na świetle a nie na cieple, rzecz oczywista, jeżeli się zważy, iż światło elektryczne mało promieniuje ciepła i że te przypady występują nawet w takiej odległości, w której nie czuć żadnego ciepła od łuku Volty. Jakkolwiek nie ma nad całą sprawą jeszcze żadnych badań, jest rzeczą wielce podobną do prawdy, iż działają tu przedewszystkiem promienie chemiczne.

— Austryacka połowa monarchii austro-węgierskiej liczyła z końcem roku 1892 lekarzy 6565 i 1532 chirurgów, w porównaniu z rokiem poprzedzającym o 511 lekarzy więcej a o 56 chirurgów mniej. Liczba lekarzy zwiększyła się z wyjątkiem Krainy, Dalmacyi, Austryi Górnej i Vorarlbergu we wszystkich krajach koronnych i to w latach 1890 do 1892 o całe 10%.

— Ze zdania sprawy o paleniu zwłok w Paryżu wyjmujemy następujące daty: Jedyny w całej Francyi przyrząd do palenia zwłok w Paryżu na cmentarzu wschodnim oddano do użytku publicznego 15. Grudnia 1887; kosztował on gminę 245.000 franków i był zaopatrzony w piec systemu Goriniego, w którym zwłoki spalały się do szczętu na czysty popiół w ciągu 7 do 8 kwadransów, przyczem atoli zużywano za każdym razem opału za 20 do 25 franków. Kwoty te wydały się nawet gminie tak bogatej, jak paryska, za wielkie, tem bardziej, iż palono rocznie 2000 do 2500 zwłok sekcyonowanych lub w kawałki pociętych a pochodzących z prosektoryów uniwersyteckich i szpitali publicznych. Dlatego w dniu 5. sierpnia 1889 wymieniono piec Goriniego na nowy piec pomysłu Toisoula i Fradeta, w którym zwłoki spalają się zupełnie na popiół w ciągu 4 do 5 kwadransów potrzebując do tego opału zaledwie za trzy franki. Prócz tego do spalenia zwłok przychodzących z prosektoryów i szpitali ustawiono 19. Stycznia 1891 ulepszony przyrząd Ficheta, w którym zwłoki spalają się w 50 do 55 minut, do czego potrzeba atoli 18 hektolitrów koksu, gdy w przyrządzie Toisoula i Fradeta wystarcza do tego 14 hektolitrów. Do chowania urn z popiołami jest tylko jedno kolumbaryum z 354 schowkami (*cases*), z których każda kosztuje średnio 59 franków. Obecnie buduje się drugie kolumbaryum okazalsze w którem każdy schowek na urnę kosztować ma 68 franków.

Od zaprowadzenia palenia zwłok w r. 1889 do 31. Października 1893 spalono w Paryżu na żądanie rodzin 613 zwłok, nadesłanych ze szpitali 9414 zwłok, prócz tego płodów do 4. miesiąca 5154. Ta nadzwyczaj mała (rocznie od 120 do 160) liczba zwłok spalonych na żądanie rodzin ma według zdania sprawy wielorakie przyczyny a mianowicie usposobienie katolickie narodu nie chcące pogodzić się z pogańskim sposobem niszczenia zwłok, bardzo nieprzyjemny wpływ psychiczny całej procedury na rodzinę zmarłego i w ogóle obecnych i wreszcie okoliczność, iż z powodu koniecznych do dopełnienia przed spaleniem zwłok formalności, spalenie zwłok odbywa się tak późno po śmierci, iż zwłoki są bardzo często już znacznie rozłożone, czego właśnie chcieli uniknąć i sami zmarli i ich rodziny. Dlatego zdanie sprawy wątpi, czy mimo wszelkich usiłowań władzy i powoływania się na higienę uda się kiedykolwiek zaprowadzić ogólnie palenie zwłok ,nawet w Paryżu.

— Jeden ze znanych lekarzy praktycznych paryskich wytoczył przed trybunałem cywilnym departamentu Sekwany pozew o honoraryum w kwocie 1500 franków za leczenie żony pewnego notaryusza, który mu dawał tylko 700 franków. Sąd wydał wyrok na korzyść owego lekarza i uzasadniał go nietylko stanem majątkowym klienta, ale także i stanowiskiem naukowem lekarza; rzecz przeto nabrała znaczenia zasadniczego.

— Lekarz wojskowy francuski Dr. Perrin pisze w *Archives de médicine militaire*, że pewnego razu stawił się do wizyty lekarskiej żołnierz skarżąc się na ból gardła. Przy oglądaniu znaleziono na migdałkach, łukach podniebiennych, błonie śluzowej policzków a nawet częściowo i na dziąsłach coś, jakoby błony. Odesłano go przeto do szpitala, gdzie rozpoznano błonicę. Wkrótce zjawił się kolega owego chorego z tejże samej izby w koszarach z podobnem zupełnie cierpieniem i wygadał się, iż obydwa wywołują sztucznie ową niby błonicę proszkiem z pryszczawek (*pulvis cantharidum*), częścią wdmuchując go w bardzo małej ilości do jamy ustnej, częścią zażywając na sucho i popijając wodą.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Amsterdam. Dr. Salomonson habilitował się na docenta prywatnego neurologii i elektroterapii. Halla nad Salą. Prof. Fehling z Bazylei powołany do objęcia katedry położnictwa po zmarłym niedawno prof. Rudolfie Kaltenbachu. Lille. Docent prywatny Dr. Combemale mianowany profesorem terapii. Londyn. W miejsce zmarłego niedawno Andrzeja Clarka został Dr. Russel Reynolds prezydentem królewskiego kolegium lekarskiego. Petersburg. Profesorowie zwyczajni Akademii wojennolekarskiej Dr. Nassiłów i Dr. Tarnowski poszli na emeryturę. Profesor nadzwyczajny tejże Akademii Dr. Pasternacki mianowany profesorem zwyczajnym. Nowy Jork. Dr. B. H. Wells mianowany profesorem ginekologii. Insprук. Dr. W. Czermak, profesor nadzwyczajny okulistyki, mianowany profesorem zwyczajnym. Rzym. Prof. G. Bacelli, słynny klinik i pierwszy przewodniczący międzynarodowego zjazdu lekarskiego, odbyć się mającego w b. r. w Rzymie, został ministrem oświaty we włoskim gabinecie Crispiego. Prof. Bacelli już przed kilkoma laty był po raz pierwszy ministrem także oświaty.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 10. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Wydział powiatowy w Samborze rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Łące z płacą roczną w kwocie 500 złr. i ryczałtem na podróże służbowe w kwocie rocznej 275 złr.

Okręg sanitarny obejmuje 16 gmin z ludnością 16858 na obszarze 229□ kilometrów.

Starający się o tę posadę mają się wykazać:

1) prawem obywatelstwa austryackiego,

2) dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) świadectwem moralności.

4) świadectwem zdrowia wydanem lub potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego,

5) znajomością języków krajowych,

6) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a oraz ma przyjąć obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie na jeden rok, po upływie którego nastąpić dopiero może stabilizacya.

Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31. grudnia 1891. dz. ust. kraj. Nr. 83.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego najdalej do 31. stycznia 1894 r.

Z Wydziału powiatowego 69—1—1
w Samborze dnia 9. grudnia 1893 r.

L. 1093.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 1. grudnia b. r. L. 63,215/893 rozpisuje się konkurs na posadę **prosektora** przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr. w. a. z prawem do 3 pięcioletnich dodatków po 200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya w dziale patologicznej anatomii i naukowe prace w tym kierunku dokonane;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 15. stycznia 1894 r. włącznie na ręce Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 7. grudnia 1893 r.

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego:

59—4—4 *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 13. Stycznia 1894 r. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 31, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ:

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał

Dr. Antoni Gabryszewski,

I. asystent kliniki.

Mija już dziesięć lat od chwili zastósowania leczniczego kokainy a napisano o niej w tym czasie tak wiele, obrobiono ją tak szczegółowo, że sprawę tę należałoby chyba uważać dziś za skończoną — a jednak, sądzę, że dobrze czynię ogłaszając świeżą pracę, zajmującą się tylokrotnie omawianym przedmiotem.

Czynię to zaś z kilku powodów: naprzód dlatego, aby raz położyć koniec niedokładnym lub wręcz fałszywym twierdzeniom o tym środku, jakie dziś jeszcze napotkać można w podręcznikach naukowych; następnie z tej przyczyny, że dotąd w naszej literaturze lekarskiej niezmiernie mało ogłoszono w tym względzie; w końcu i to głównie z powodu nabytego przekonania, że sprawa miejscowego znieczulania kokainą nie zyskała sobie u nas w kraju ani uznania ani rozpowszechnienia, na jakie zasługuje bezsprzecznie.

Chodzi mi głównie o lekarzy praktycznych, dla których środek ten odpowiednio użyty, powinien być prawdziwem dobrodziejstwem, pomocą i wielkiem ułatwieniem. Pomijam tu jeszcze dalej idące (choć wprost sobie przeciwne) kwestye interesu i humanitaryzmu, bo toby nas zadaleko zaprowadziło; to rzecz przecież niewątpliwa, że lekarz ma obowiązek w miarę swych sił i środków nieść ulgę każdemu choremu lub oszczędzać mu cierpień.

Przez wieki całe dręczona ludzkość odetchnęła z chwilą wynalezienia narkozy eterowej i chloroformowej; sale operacyjne podobne do inkwizycyjnych lochów przybrały spokojniejsze i więcej ludzkie wejrzenie — dziś wydaje się prawie niepojętem, jak można było bez uśpienia wykonywać spokojnie ciężkie i tak długie operacye, jak można było godzić się na nie i je przetrzymywać.

Czyżby się dzisiaj poważył kto, bez bardzo ważnej przyczyny, męczyć chorego bez narkozy, ucinać mu nogę, rękę, łamać kości, resekować stawy i t. p.

A jednak porównanie bardzo bliskie; czy godzi się sprawiać choremu, choćby mały i krótki ból, jeżeli można mu go ująć? Niestety, dzieje się tak przecież nieraz.

Po szpitalach i klinikach idzie niekiedy odprawianie chorych, że się tak wyrażę, fabrycznie; materyał musi być odrobionym, niema czasu (rzeczywiście nieraz już niema czasu) na bawienie się; więc przecina się czyraki, ropnie i zastrzały, wyrywa się zęby, paznogcie, wyłuszcza się kaszaki i mniejsze guzy, skrobie się liszaj żrący (niekiedy całe nosy), zeszywa się nawet wargi zajęcze i wycina raki — wszystko bez znieczulenia; zatem krzyki, jęki i mdlenia, robi się istne piekło z tego schroniska i przytułku dla nędzy i bólów ludzkich.

Mimo wszystko tak być nie powinno, a i zdaje się, takie postępowanie należy do rzadkości.

Ale lekarz praktyk czas mieć musi i zwykle ma; o chorych dbać powinien i musi; czemuż więc tak niewielu korzysta z tego dobra, które tak łatwo otrzymać i zastósować?

Warto zastanowić się nad przyczynami: Chociaż zainteresowanie się w szerszej mierze postępem nauk a chirurgią w szczególności nie jest nadzwyczajnem, trudno przypuścić, aby znalazł się dziś lekarz nie obznajomiony z działaniem kokainy. Zresztą od lat szeregu wyszedł cały legion lekarzy, którzy w klinikach patrzyli i uczyli się, jak się używa tego środka. Przyczyny leżą gdzieindziej a mianowicie:

1) Kokaina działa należycie tylko pod warunkiem, że jest preparatem czystym i dobrym a dalej, że się jej stósownie używa, t. j. że się ją wstrzykuje albo wciera w stósownym roztworze i w należyty sposób. Technika wstrzykiwania jest tak ścisła, że bez przestrzegania pewnych prawideł

w poszczególnych przypadkach znieczulenie otrzyma się niedokładne; jeżeli zaś przetwór jest w dodatku zły lub rozczyn nieodpowiedni, skutku pożądanego wcale niema. Ztąd zawody, nieufność i zniechęcenie do kokainy, za czem idzie zupełne jej porzucenie.

2) Ważniejszym jeszcze powodem wstrzemięźliwości na tem polu, jest obawa przed zatruciem. Usprawiedliwiały ją coraz częstsze ostrzeżenia, ogłaszanie coraz częstszych przypadków ciężkiego zatrucia lub nawet śmierci; jaka przykra reakcya po pierwszym entuzyazmie!

Ostrzeżenia te poprzechodziły nawet do niektórych podręczników, zkąd do dnia dzisiejszego wołają głosem Kasandry. Zresztą i własne doświadczenie lekarzy, którym nauka przez swoje powagi wręczyła nowy środek bezwarunkowo w za swobodnych ilościach (w ilościach pod pewnemi okolicznościami trujących), musiało podtrzymywać tę obawę. Niejeden z lekarzy, który w przepisanych czy dozwolnych ilościach stósował kokainę, doczekał się poważnych przypadów zatrucia i zrażał się niepowrotnie do tak niepewnego środka.

Te dwie właściwości kokainy, t. j. działanie niepewne i trujące (oczywista w pewnych okolicznościach), to głównie przyczyny nienależytej popularności tego środka.

A jednak, patrząc przez sześć lat w klinice chirurgicznej krakowskiej na działanie kokainy w jakichś dwóch tysiącach przypadków, przekonałem się, że zawody należą do rzadkości a niebezpieczeństw zatrucia przy rozumnem stósowaniu wcale niema.

Zanim przystąpię do szczegółów naszego postępowania, niech mi wolno będzie przebyć w krótkości arenę wejścia w świat i początkowych występów nowego środka.

Z liści cudownej rośliny *Coca*, która jeszcze przed wiekami z powodu swych dziwnych własności ogromnem w Peruwii cieszyła się wzięciem (*Tschudi*), wydobył w 1860. r. Niemann, czystą zasadę roślinną: kokainę. Wkrótce potem zwrócił uwagę Schroff[1]) (w roku 1862), że położenie 1 cg. kokainy czystej na języku wywołuje zniesienie czucia i smaku. Dokładniej jednak zajął się tą sprawą dopiero Anrep[2]), który 1879 r. w obszernej swej pracy zwrócił uwagę na znieczulające działanie nowego środka. Fauvel[3]), Laborde[4]), Solis Cohen[5]), oprócz Kollera[6]), pierwsi stósowali kokainę w celach leczniczych, lecz zupełnego nie otrzymali znieczulenia; dopiero Jelinkowi[7]) udało się otrzymać je przez użycie mocniejszych rozczynów w r. 1884. Gdy Schrötter[8]) potwierdził te wyniki a Rossbach i Nothnagel[9]) zalecili w swej farmakologii kokainę do miejscowego znieczulenia, nowy środek zaczął rychło rozpowszechniać się ogólnie, wywołując naprzemian głosy przychylne i nieprzychylne.

Okulistyka i laryngologia najpierw zużytkowała i wprowadziła kokainę, jako środek znieczulający, w formie pędzlowania błon śluzowych. Początek zrobiono; coraz nowe działy medycyny chwytać zaczynają nowy środek do swoich celów i w coraz inny stósują go sposób.

Trzeba jednak przyznać, że doskonałe wyniki otrzymano dopiero w chwili sporządzenia (przez Merka w Darmstadzie, jako też przez firmę Parke, Davis & Comp. w Detroit) przetworu łatwo w wodzie rozpuszczalnego, t. j. chlorku kokainy (*cocainum muriaticum v. hydrochloricum*).

Trudno przechodzić prace tych wszystkich autorów, którzy w dalszym ciągu potwierdzali wyniki poprzedników lub torowali nowe drogi dla kokainy; przy końcu niniejszej rozprawy przytaczam spis wszystkich publikacyj o kokainie, które zarówno w oryginałach, jak referatach przejrzeć zdołałem. Po Schrötterze z laryngologów Stoerk, Seifert, Schech, Fronstein, Schaeffer, Schnitzler, Labus, Fauvel, Hanč, A. Popow[1]) i Polak Mayerson[2]) z lepszym lub gorszym wynikiem (rzadko z zupełnie ujemnym, jak Massuci i Massei[3])) wogóle z zupełnie zadawalającym, używają nowego środka do miejscowego znieczulania nosa, gardła, krtani, celem wykonania różnorodnych operacyj. — Do otyatryi wprowadził kokainę E. T. Moure i Baratoux[4]), Zaufal[5]), Kirchner[6]); do ginekologii zaś J. Hoffmann[7]) i Rusconi[8]) z Medyolanu który niestety napisał w swej obszernej pracy mnóstwo szczegółów niezupełnie zgodnych z rzeczywistością i rozsądkiem, wreszcie Schramm z Drezna. W chorobach dróg moczowych, które otwierają dla kokainy wrota chirurgii, używał jej Bettelheim[9]), Blumenfeld[10]), Fischel i Markel[11]). Nakoniec zawładnęła i chirurgia cała nowym środkiem i zużytkowała go do znieczuleń w najszerszem tego słowa znaczeniu, bo dla wszystkich okolic ciała a przedewszystkiem skóry. F. Vuchère[12]) i Landerer[13]) w tym samym mniej więcej czasie użyli i zalecili kokainę do wstrzykiwań podskórnych, opisując dokładnie procent i ilość rozczynu używanego, obszar i czas znieczulenia.

Po nich rychło zastęp cały autorów ogłasza swoje w tym względzie doświadczenia.

Corning[14]) (w Ameryce) a po nim Roberts[15]) z pomocą opaski Esmarcha do zdumiewających dochodzą wyników; dokonywają przy miejscowem znieczuleniu nadzwyczajnych operacyj, dobierają się nawet do kości, robią amputacye i resekcye. Wölfler[16]) zaleca gorąco kokainę przy mniejszych operacyach w częściach miękkich; wreszcie Corning i Feinberg[17]) robią ścisłe prace eksperymentalne chirurgiczne na zwierzętach, celem dokładnego wyświecenia działania alkaloidu.

---

[1]) Vorläufige Mittheilungen über Cocain. Zeitschr. der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. Nr. 30—33.
[2]) Pflügers Archiv. Bd. 21.
[3]) Gazette des hôpitaux. 1877 (Scaglia) i 1884. Nr. 134.
[4]) Tribune médicale. 1882.
[5]) Philad. medic. News. 1884. Nr. 15.
[6]) Vorl. Mittheil. in d. Ophtalm. Versamml. zu Heidelberg. 1884.
[7]) Wiener medic. Blätter. 1884.
[8]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft f. Aerzte. 1884.
[9]) Handbuch der Arzneimittellehre. Berlin. 1884. — Berliner klin. Wochschr. 50. 1884.

---

[1]) p. Spis prac wymienionych autorów przy końcu rozprawy.
[2]) Medycyna. 1885. Nr. 5.
[3]) Archivi italiani di laringologia. 1885. fasc. 2—4. (Chiari).
[4]) Ref. Cntrbl. f. Chir. 1885.
[5]) Prager med. Wochschr. 1885.
[6]) Deutsche med. Wochschr. 1885.
[7]) Wiener med. Presse. 1884.
[8]) Cntrbl. f. Chir. 1885.
[9]) Wiener med. Presse. 1884.
[10]) Deut. med. Wochschr. 1884.
[11]) Cntrbl. f. Chir. 1884.
[12]) France médic. 1885.
[13]) Cntrbl. f. Chir. 1885.
[14]) New York med. Journal. XLII. Nr. 12 i Nr. 17. (Cntrbl. f. Chir. 1886).
[15]) Cntrbl. f. Chir. 1886.
[16]) Wien. med. Wochschr. 1885. Nr. 50.
[17]) Berl. klin. Wochschr. 1886.

Wśród zachwytów i przesadnych pochwał nie brak sprawozdań niekorzystnych i doniesień o cięższych lub lżejszych zatruciach. Sprzeczność zdań wygłaszanych skłoniła Wölflera[1]) w r. 1887 do wezwania ogółu chirurgów, aby swe doświadczenia w różnych działach chirurgii poczynione ogłaszali, celem nabrania nareszcie jakiejś pewności co do wartości kokainy.

I rzeczywiście głos ten nie przebrzmiał bez wielokrotnego echa, które się odezwało szeregiem artykułów w łamach *Wiener med. Wochschr.* z 1887 r. A jednak nie wszystko załatwiono a wiele rzeczy przedstawiono w mglistem bardzo świetle. Bądź co bądź artykuły Schustlera, Fränkla, Chiarego, Borysiekiewicza, Fillenbauma, Lustgartena, Foxa, Freya, Hoffmana, Spitzera, Freuda, Horowitza, Schmidta, Baumgartena i Hochstettera[2]) dotknęły całej masy najważniejszych spraw co do miejscowego znieczulenia i przyczyniły się nie mało do rozpowszechnienia kokainy.

W tym to okresie czasu weszła też kokaina na dobre w użycie w klinice krakowskiej i odtąd miałem sposobność czynić swoje spostrzeżenia.

Żem z całą swobodą mógł korzystać z bogatego materyału klinicznego, zawdzięczam prof. Rydygierowi; niech mi zatem wolno będzie wyrazić Mu za to najszczersze podziękowanie.

Szereg artykułów, jaki się przesunął przed naszemi oczami, nie wzbogacił się bardzo późniejszemi pracami; najwięcej tam przypadków większych i mniejszych, ba, nawet śmiertelnych zatruć, nieco odmian w stósowaniu środka; więcej nic.

Opuszczę zatem te miejsca pamiątek a zastanowię się nad własnościami i działaniem a dalej nad sposobami użycia tego środka, który nam przez lat tyle stale wyborne oddawał usługi. Oczywista nie omieszkam uwzględnić właściwego działu piśmiennictwa.

Najważniejszą i jedyną w swoim rodzaju własnością kokainy jest jej działanie miejscowo znieczulające, które zapewniło jej wybitne i stałe miejsce w rzędzie leków. Wszelkie inne działanie tego środka, czy to miejscowe czy ogólne, fizyologiczne czy lecznicze, usuwa się na plan drugi.

Działanie to znieczulające występuje po pomazaniu każdej błony śluzowej a więc oka, nosa, ust, gardła, krtani, części rodnych, odbytnicy po 3—5 minutach, trwa przeszło 20 minut, poczem mija zwolna.

Znieczulenie powstaje przez porażenie zakończeń obwodowych nerwów czuciowych, przedewszystkiem jako zniesienie bólu *(analgesia)*, dalej jako osłabienie czucia dotyku i temperatury (Geyer[3]) *(anaesthesia)* wreszcie jako zniesienie (lub obniżenie) smaku i węchu. (Anrep, Rossbach, Bernatzik).

Że przytem zwężają się naczynia obwodowe a wskutek tego pojawiają się bezkrwistość, bladość i zmniejszenie wydzieliny, to ma dla nas tylko znaczenie podrzędne; własność ta jednak kokainy jest podstawą jej działania jako środka tamującego krwotoki *(haemostaticum)* (Ruault)[4]), rozpoznawczego (Fränkel, Baumgarten)[1]) a częściowo i leczniczego.

Pomazanie lub wcieranie w zdrową skórę nawet bardzo mocnych roztworów kokainy nie wywołuje żadnego skutku. Doświadczenia, jakie robiłem w tej mierze, nie dały nigdy dodatniego wyniku, nigdy nie zdołałem choćby najmniej obniżyć czucia. Zgadza się to zresztą ze zdaniem wszystkich prawie autorów a nieliczne twierdzenia przeciwne nie mają podstawy (Rusconi)[2]).

Wyjątek stanowi pod tym względem skóra otarta, zraniona lub chorobowo zmieniona; pomazanie kokainą takiej skóry podobnie, jak otwartych ran i wrzodów sprawia znieczulenie mniej lub więcej zupełne (Herzog i inni).

Muszę tu jeszcze jedno sobie zastrzedz: Według Wagnera[3]) może działać kokaina i na prawidłową skórę przez kataforetyczną czynność galwanicznego prądu. Jeżeli biegun dodatni (anodę) owinięty we flanelę umoczymy w rozczynie chlorku kokainy i przyłożymy na skórę, wystąpi wkrótce znieczulenie, a im silniejszy prąd i rozczyn, tem lepszy ma być skutek.

Nie robiłem w tej mierze doświadczeń, bo przyznam się, że nie miałem wiele zaufania do tego sposobu, (podobnie jak do kataforezy chloroformowej Adamkiewicza), choć go Barth[4]) do ucha zaleca. Wiadomo mi tylko, że Petersen[5]) w Kilonii robił te próby i nie widział ani śladu działania.

Aby otrzymać znieczulenie zupełne, musi się kokainę wstrzykiwać pod skórę lub w skórę samą. Wobec skóry zdrowej zawsze wystarczy wstrzyknięcie podskórne, aby znieczulić ją samą i najbliższe pod nią tkanki; gdy mamy do czynienia ze skórą bardzo zgrubiałą lub chorobowo zmienioną i nacieklą, należy wstrzykiwać w nią samą. Działanie występuje tu prawie bez wyjątku; znieczulenie otrzymuje się prawie zawsze zupełne, czasami tylko niezupełne.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

¹) Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 2.
²) Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 15 i t. d.
³) Berl. klin. Wochschr. 1884.
⁴) France médic. — Cntrbl. f. Chir. 1888.

¹) Baumgarten (Wien. med. Wochschr. 1887. 44.).
²) Rusconi (z Medyolanu) dziwne opowiada rzeczy: Po natarciu skóry w pachwinie rozczynem kokainy zjawia się zupełne jej znieczulenie, skóra blednie miejscowo a cała kończyna dolna drętwieje; głębokie nawet bóle parametryczne ustępują i t. d.?
³) Wagner (Wien. med. Blätter. 1886.).
⁴) Barth (Cntrbl. f. Chir. 1889).
⁵) Petersen (Cntrbl. f. Chir. 1886.).

II. Z zakładu fizyologicznego Uniw. Jag. w Krakowie.

O połączeniach sinu z barwikami krwi.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

Wiedząc, że Methb. rozszczepia się pod wpływem alkaliów na hematynę i białko nawet przy wstrzymaniu dostępu tlenu z powietrza, przygotowałem sobie dwa jednako zgęszczone rozczyny methemoglobiny i pierwszy z nich zaprawiłem małą ilością bardzo roztworzonego (1: 500), drugi zaś równą ilością zgęszczonego rozczynu sinku potasu. Oba rozczyny zmieniły natychmiast swe żółte zabarwienie na czerwone i tworzyły widmo o jednej smudze, podobnej do smugi hematyny sinowodowej, w miejscu widma w którem długość fal światła waha się między 535 a 605^{-6} mm.

Wedle Hoppe Seylera[1]) stanowią przetwory odtleniające, jak n. p. siarczek amonu, znakomity odczynnik rozstrzygający, czy w badanym rozczynie mieści się Methb. czy też hematyna; albowiem pierwszą odtlenia siarczek amonu w Hb., która kłócona z powietrzem zmienia się na O^2Hb i wtedy z jednej smugi Hb. powstają dwie, charakterystyczne dla oksyhemoglobiny, drugą zaś odtlenia siarczek amonu w hemochromogenę, która kłócona z powietrzem zamienia się znowu na zwykłą hematynę, rozumie się samo przez się, jeźli siarczek amonu nie był dodany w nadmiarze; wówczas bowiem kłócenie rozczynu z powietrzem nie zmieni hemochromogeny napowrót w hematynę. Krótko mówiąc różni się methemoglobina od hematyny tem, że siarczek amonu wywołuje w pierwszej widmo Hb o jednej smudze, w drugiej widmo hemochromogeny o dwóch smugach.

Chcąc zatem przekonać się, czy dodany sinek potasu do obu rozczynów methemoglobiny zmienił ją na hematynę, jak to twierdzi Szigeti, czy nie, zaprawiłem oba rozczyny równą ilością siarczku amonu i badałem je w spektrofotometrze równocześnie z użyciem pryzmatu kontrolującego. Rozczyn methemoglobiny zaprawiony równą ilością zgęszczonego rozczynu sinku potasu zmienił po dolaniu doń siarczku amonu swoją jedną smugę na dwie, hemochromogenie właściwe. Rozczyn methemoglobiny zmięszany z mocno roztworzonym rozczynem sinku potasu okazywał tak, jak i poprzednio, jedną tylko smugę, zupełnie podobną do tej, którą tworzy odtleniona hemoglobina. Pierwszy rozczyn zmieniał dwie smugi na jedną po skłóceniu go z powietrzem, drugi rozczyn okazywał po skłóceniu dwie smugi oksyhemoglobiny (dla smugi przy D $\lambda =$ między 585 a 610, dla smugi przy E $\lambda =$ między 550 a 570^{-6} mm.

Doświadczenia te wykazały, że w pierwszym rozczynie nadmiar sinku potasu zmienił methemoglobinę w hematynę, łącząc się z nią w hematynę sinowodową, w drugim zaś rozczynie mała ilość sinku utworzyła z methemoglobiną połączenie wykryte i nazwane przez Koberta methemoglobiną sinowodową. Zatem twierdzenie Szigetego, jakoby methemoglobina sinowodowa nie istniała, jest błędne.

Już Kobert opisuje zachowanie się methemoglobiny względem siarczku amonu w ten sposób: rozczyn Methb. sinowodowej, zawierającej zaledwie wystarczające ilości kwasu pruskiego lub sinku potasu do utworzenia tego połączenia, zmienia się po dolaniu doń siarczku amonu i skłóceniu go z powietrzem w oksyhemoglobinę, ponieważ siarczek amonu łączy się z kwasem pruskim w połączenie rodanowe, działające na methemoglobinę nierównie słabiej od kwasu pruskiego lub sinków. Jeźli użyto więcej kwasu pruskiego, wówczas siarczek amonu na rozczyn nie działa.[2])

Szigeti zaleca[3]), aby Methb. do próby Koberta sporządzać z rozczynu O^2Hb przez dodanie chloranu potasowego a nie nadżelazosinku, jak to radzi Kobert. Szigeti bowiem obawia się, aby n. p. kwaśny destylat treści żołądkowej, badany pod względem obecności sinków lub kwasu pruskiego, nie rozłożył nadżelazosinku zużytego do wytworzenia Methb. na żelazo i sinek, któryby stał się wówczas przyczyną mylnego, dodatniego wyniku próby.

[1]) Hoppe Seyler. Physiolog. Chemie. Berlin 1877. I. Theil. Pag. 391—392

[2]) Ueb. Cyanmethaemoglobin von Kobert. l. c. pag. 18.

[3]) Ueber Cyanhaematin l. c. pag. 16.

Próbowałem otrzymać rozczyn methb. przez działanie na O^2Hb chloranu potasu, lecz daremnie. Hoppe Seyler[1]) twierdzi w tym względzie, że sole obojętne, same nie ulegające rozkładowi, jak n. p. chloran potasu, nie działają na O^2Hb. Inaczej bowiem dzieje się w ustroju po zadaniu chloranu potasowego; tam on przez działanie ustroju ulega rozkładowi i O^2Hb zmienia na methb. W rurce odczynnikowej nie byłem w stanie uzyskać rozczynu methb. przydatnego dla próby Koberta, nawet przez zaprawienie rozczynu O^2Hb. chloranem potasowym i solą kuchenną, jak to radził Falck[2]).

Ażeby się przekonać, czy nadżelazosinek potasu może uledz rozkładowi na swe składniki pod wpływem roztworzonych kwasów, zrobiłem następujące doświadczenia: Do rozczynu oksyhemoglobiny dolałem kilka kropli świeżo sporządzonego rozczynu nadżelazosinku potasu, który poprzednio mocno zakwasiłem roztworzonym kwasem solnym. Rozczyn O^2Hb zmącił się; przesącz zaś żółtawy czerwienił się wyraźnie dopiero po dolaniu doń rozczynu sinku potasu. Doświadczenie to wykazuje, że kwas solny roztworzony nie uwalnia z nadżelazosinku potasu kwasu pruskiego; inaczej przesącz nie zmieniałby barwy z żółtawej na czerwoną po dolaniu sinku potasu, gdyż byłby sam przez się już czerwonym.

Zresztą, jak wiadomo, należy tak żelazosinek jak i nadżelazosinek potasu do tej grupy podwójnych sinków, które na zimno nie rozkładają się pod wpływem roztworzonych kwasów; ponieważ zaś methemoglobinę otrzymuje się na zimno przez dodanie małego kryształka nadżelazosinku do rozczynu O^2Hb i próbę Koberta robi się również na zimno, przeto nie ma obawy, aby badany kwaśny (zwykle kwasem winowym zakwaszony) destylat uwolnił kwas pruski z nadżelazosinku (który utleniwszy O^2Hb., na methb sam odtlenił się już na żelazosinek) w rozczynie methemoglobiny i w ten sposób wywołał dodatni wynik próby, mimo, iż destylat badany nie zawierał kwasu pruskiego ani sinków. Zgęszczony kwas solny wydziela z nadżelazosinku potasu, nadżelazosinowodór w brązowych igłach[3]). Nadżelazosinowodór zmienia O^2Hb w methb. bardzo szybko, nie czerwieniąc rozczynu i nie tworząc w nim CNH—Methb. Koberta.

Szigeti[4]) zwraca uwagę na następujące zalety próby sinohematynowej:

1) próba ta pozwala wykazać nader małe ilości kwasu pruskiego i stanowi cenne dopełnienie barwnych reakcyj kwasu pruskiego i sinków w wodzie rozpuszczalnych, zwłaszcza, że barwa czerwona hematyny sinowodowej występuje bardzo dobrze na czarnem tle.

2) wszystkie te przetwory chemiczne, wyjąwszy siarczek amonu, które rozczyn methb. czerwienią a więc co do zmiany zabarwienia tegoż zachowują się podobnie do sinków i kwasu pruskiego, w próbie tej nie wchodzą w rachubę.

Pierwszą jednak zaletę próby sinohematynowej podziela także próba Koberta, gdyż pozwala jego zdaniem[5]) wykryć nawet 0·000,003 kwasu pruskiego. Co do drugiej zalety, to próba methemoglobinowa Koberta jest o wiele doskonalszą; zmiana bowiem barwy żółtej methemoglobiny na czerwoną CNH—methb. jest nadzwyczaj wyraźna i łatwo w oczy wpa-

[1]) Physiol. Chemie l. c. pag. 385.

[2]) Lehrb. d. Intoxikationen von Kobert. Stuttgart. 1893. pag. 477.

[3]) Gorup-Besanez Lehrb. der organischen Chemie. Braunschweig. 1881. pag. 410.

[4]) Ueber Cyanhaematin l. c. pag. 20.

[5]) Ueber Cyanmethaemoglobin l. c. pag. 24.

da, gdy rozjaśnienie rozczynu hematyny alkalicznej już z natury swej czerwonego, pod wpływem kwasu pruskiego lub sinku nie jest żadną miarą tak wyraźne.

Że różne odczynniki chemiczne czerwienią rozczyn methemoglobiny, podobnie jak sinki i kwas pruski, to nie ma żadnego praktycznego znaczenia, gdyż przyrząd widmowy rozstrzyga na pewne, czy zaczerwienie rozczynu methb. pochodzi od związków sinu, czy też od innych przetworów.

Najpiękniej i najwyraźniej wypadnie próba hematynowa względem związków sinu, jeźli się ją robi, jak to słusznie uważa Szigeti, rozpuszczając kryształki heminy w ługu potasowym i dodając sinku potasu, względnie cieczy kwas pruski lub sinek zawierającej. Lecz do wykonania próby tej w powyższy sposób, aby ona była wybitną, trzeba mieć kryształki heminy w większej ilości. Kryształki heminy utworzyłem w większej ilości w sposób podany przez pierwszego ich wynalazcę, prof. Dra Teichmanna[5]), w Jego własnej pracowni i pod Jego kierunkiem.

W jakikolwiekbądź sposób wytwarza się kryształki heminy, w każdym razie wymaga to dłuższej pracy i przygotowania a więc jest, zwłaszcza dla lekarza sądowego, uciążliwem.

Kończąc na tem uważam za stósowne zebrać w krótkości wyniki swych badań:

1) Sin łączy się tak z hematyną, jak i methemoglobiną.

2) Methemoglobinę sinowodową można z łatwością utworzyć, jeźli się do rozczynu methemoglobiny doleje bardzo roztworzonego rozczynu kwasu pruskiego lub sinku potasu.

3) Methemoglobina sinowodowa różni się zasadniczo od hematyny sinowodowej a to zachowaniem się w obec odczynników odtleniających, jak n. p. siarczku amonu; albowiem, podczas gdy methemoglobinę sinowodową zmienia siarczek amonu na beztlenną hemoglobinę, która znowu przez kłócenie z powietrzem utlenia się w oksyhemoglobinę, to hematynę sinowodową odtlenia siarczek amonu w hemochromogenę czyli hematynę odtlenioną Stokesa, która kłócona z powietrzem przemienia się znowu w hematynę sinowodową.

4) Z methemoglobiny może się utworzyć hematyna, jeźli do rozczynu sinku potasu, który z wytworzoną swem alkalicznem oddziaływaniem hematyną utworzy hematynę sinowodową.

5) Próba methemoglobinowa jest łatwiejsza do wykonania a przeto poręczniejsza dla lekarza sądowego.

6) Rozczyn methemoglobiny można bez wszelkiej obawy przed mylnym wynikiem próby utworzyć, używając kryształków nadżelazosinku potasu.

III. Oceny i sprawozdania.

Przyczynki do Anatomii patologicznej i Medycyny klinicznej dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin **Włodzimierza Brodowskiego,** profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów: K. Chełchowskiego, A. Ciaglińskiego, Z. Dmochowskiego, T. Dunina, A. Elsenberga, T. Herynga, W. Janowskiego, F. Kijewskiego, S. Kleina, L. Kryńskiego, I. Luxenburga, E. Przewoskiego, A. Rosenthala i H. Rupperta. Warszawa 1893, wielka 4-ka, wizerunek jubilata, przedmowa i 218 stron tekstu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1.)

K. Chełchowski: *Kilka uwag o wydzielaniu z moczu jodu i kwasu salicylowego w sprawach chorobowych.* W celu sprawdzenia istniejącego oddawna przekonania, że środki lecznicze, wprowadzone do ustroju, wydzielają się przez chore nerki powolniej, niż przez zdrowe, przeprowadził autor szereg spostrzeżeń na znacznej liczbie chorych (przeszło 100), dotkniętych różnemi cierpieniami wewnętrznemi (zapalenie nerek, wady serca, rozedma płuc, choroby gorączkowe i t. p.). Metody badania używał autor jak najprostszej: chorzy dostawali po 5 gran (= 0·3) jodku potasu i po 20 gran (= 1·2) salicylanu sodu i w seryach 8-godzinnych moczu starał się wykryć obecność tych ciał. Za odczynnik jodu służył siarczek węgla, kwasu salicylowego półtorachlorek żelaza. O obecności rozstrzygało zabarwienie zupełnie wyraźne.

Z tych spostrzeżeń wnosi autor, iż wydzielanie powolniejsze jodu i kwasu salicylowego z moczem towarzyszy nietylko cierpieniom nerek, lecz zarówno występuje w innych chorobach ze zmniejszeniem się dyurezy, jak biegunce, gorączce, zwłaszcza zaś niewyrównanych wadach serca i rozedmie płuc. Zależy ono przedewszystkiem od zmniejszenia się ilości moczu a ściśle biorąc, od zmniejszenia się wydzielania części stałych, wydzielanych w moczu. Przyczynia się tu także i przesiąkanie tych ciał chemicznych do płynów obrzękowych. Powolniejsze wydzielanie się nie może służyć za miarę cierpienia nerek; wskazuje raczej, o ile w danej chwili nerki są zdolne do oczyszczania organizmu z obecnych w nim chwilowo ciał obcych. Wreszcie, jakkolwiek niebezpieczeństwo dzielniejszych lekarstw u chorych na nerki jest całkiem prawdopodobne, to jednak twierdzenie to wymaga dokładniejszych dowodów, niż owo powolniejsze wydzielanie się jodu i kwasu salicylowego z moczem, coby wskazywało raczej na konieczną ostrożność wszędzie tam, gdzie jest zmniejszenie się dyurezy.

Praca F. Kijewskiego: *O ropniach podprzeponowych* przedstawia szczegółową charakterystykę tych nieczęsto spotykających się postaci zapaleń ropnych. Na podstawie zebranej starannie literatury i własnych sześciu przypadków, spostrzeganych w klinice prof. Kosińskiego, rysuje autor obraz anatomo-patologiczny i kliniczny tego cierpienia. Etyologia w tych przypadkach była następująca: raz uraz (pobicie), raz ropień wątroby, raz bąblowiec wątroby zropiały, 2 razy zboczenia w przewodzie pokarmowym (*dysenteria*), raz zapalenie wyrostka robaczkowego. Jako inne przyczyny wymienia autor: owrzodzenia żołądka i dwunastnicy z przedziurawieniem ściany, raki żołądka i przełyku, kamienie żółciowe, ropnie śledziony, *paranephritis*, jamy gruźlicze, nawet *endometritis purulenta;* oprócz tych mogą dać im początek wynaczynienia krwawe po urazach, próchnienie żeber, ropne zapalenie opłucnej lub osierdzia, ropnie śródpiersia i zapalenie ropne otrzewnej rozlane. Pierwsza z tych przyczyn, owrzodzenie i przedziurawienie żołądka i dwunastnicy, daje największą odsetkę spostrzeganych przypadków; drugie miejsce zajmuje bąblowiec wątroby i zapalenie wyrostka robaczkowego. Nie zawsze ropnie podprzeponowe mają siedlisko w jamie otrzewnowej; niekiedy mieszczą się poza nią *(abscessus subphrenicus retroperitonealis)*.

Następstwa cierpienia są nader rozmaite: najczęściej tworzy się połączenie ropnia z jamą otrzewnej, wywołując zapalenie jej ogólne; zarówno może nastąpić przedziurawienie przepony i przejście ropy do opłucnej, w której czasem

[5]) Ueber das Haematin von Dr. Teichmann in Göttingen. Separatabdruck aus v. Pfeufer's und Henle's Ztschr. f. rationelle Medicin. Pag. 6, 7. i 8.

rozwija się zapalenie ropne, nawet bez przebicia przepony. W dalszym ciągu sprawa przechodzi na płuca, z którem następują zrosty i niekiedy przebicie ropnia do wnętrza płuca tak, iż ropa dostaje się przez oskrzela na zewnątrz. Rzadko zapalenie ropne przenosi się na osierdzie; częściej sprawa przechodzi na jelita, do których następuje przebicie się ropy.

Przebieg bywa różny; często przewlekły, niekiedy bardzo ostry, co zależy głównie od przyczyny.

Pomijamy tu symptomatologię cierpienia, obszernie przez autora traktowaną, i rokowanie, które ocenić można dokładnie tylko w oryginale, i streścimy tylko w krótkości część leczniczą.

Leczenie polega na otwarciu szerokiem ogniska ropnego, usunięciu jego treści i ustaleniu sposobności do swobodnego odpływu wydzieliny z jamy. Ten sposób ogólny w niektórych przypadkach przedstawia poważne trudności i niebezpieczeństwo, mianowicie tam, gdzie ropień mieści się bardzo wysoko i nie opuszcza się niżej do jamy brzusznej. W takim razie prowadzą doń 2 drogi: od strony klatki piersiowej przez opłucną i przeponę i od strony jamy brzusznej.

Zarówno droga pierwsza, jak i druga stanowią zabieg bardzo poważny. Rzecz prosta, najpomyślniej rokować możemy wtedy, jeżeli operując nie otworzymy ani opłucnej, ani jamy otrzewnej, co może stać się w tych przypadkach, w których ropień oddzielony jest od jamy brzusznej mocną ścianą i brzeg jego opuszcza się poniżej klatki piersiowej.

Operowanie ze strony otrzewnej t. j. przez laparotomię uważa autor za zbyt ryzykowne, gdyż trudno zabezpieczyć się od spływania ropy do jamy brzusznej, szczególnie, jeżeli ropień leży wysoko i nie można zeszyć jego ściany z brzegami rany brzusznej. Otwieranie jamy opłucnej i przecięcie przepony jakkolwiek stanowi zabieg ciężki, może być mniej niebezpieczne, jeżeli się przedsięweźmie środki przeciw zaciekaniu ropy. W tym celu po wycięciu żebra (najlepiej 8-go w linii pachowej przedniej) należy opłucną ścienną przyszyć nader szczelnie do przepony i tę dopiero wtedy otworzyć.

Nie należy wycinać żeber wyższych, gdyż tem łatwiej wywołać można odmę piersiową, której i tak nie zawsze można uniknąć. Metody Bülaua, zalecanej przez niektórych, autor nie próbował, ale nie wydaje mu się ona bardzo odpowiednią (nawet jest zupełnie nie odpowiednia: *Przyp. spraw*). Za to uważa autor za bardzo dobry teoretycznie sposób Lannelongua polegający na dostawaniu się do ropnia podprzeponowego przez wycięcie dolnego brzegu żeber (chrząstki 10., 9., 8. a nawet i 7-go żebra) bez otwarcia jednakże jamy opłucnej i otrzewnej. Sposobu tego autor nie widział w zastosowaniu.

Ropnie zaotrzewnowe należy otwierać zapomocą cięcia podłużnego lub skośnego od tyłu.

A. Elsenberg: *Choroba Brightа pochodzenia syfilitycznego.* Zapalenie nerek u kiłowych ma etyologię o wiele jeszcze ciemniejszą, niż zazwyczaj, a to z dwóch przyczyn: 1) nie można nigdy być pewnym, czy i jaką gra rolę w tem cierpieniu kiła, 2) niewiadomo, czy i o ile zmiany chorobowe w nerkach nie są następstwem leczenia rtęcią. Nie ulega jednakże wątpliwości, że istnieje zapalenie nerek kiłowe, jako odrębna postać chorobowa, co potwierdza, pomijając już inne dane, i korzystny wpływ leczenia przeciwkiłowego na przebieg sprawy w nerkach. Wszystkie opisywane postacie syfilitycznego cierpienia nerek sprowadzić można do następujących typów:

1) Białkomocz przemijający w przebiegu wysypek wczesnego okresu. Zmiany anatomiczne są prawdopodobnie podobne do zmian podczas chorób zakaźnych (przekrwienie i zmętnienie).

2) Choroba Brighta ostra, nie różni się od takiejże sprawy pochodzenia niesyfilitycznego.

3) Choroba Brighta przewlekła: w tej postaci znajdywali niektórzy autorowie w drobnych naczyniach zmiany ścian kiłowe (*endarteriitis obliterans*).

4) Zanik nerki częściowy lub jednostronny.

5) Zwyrodnienie skrobiowate nerek w postaciach ciężkich, zwłaszcza o rozległych owrzodzeniach lub cierpieniach kości i stawów.

6) Kilaki (*gummata*) nerek, postać najcharakterystyczniejsza. Autor opisuje dwa przypadki zapalenia nerek u kiłowych, które obserwował klinicznie i po śmierci badał anatomicznie i mikroskopowo.

Co się tyczy przebiegu, to pod tym względem autor nie widział w swoich przypadkach żadnej różnicy w porównaniu z obrazem klinicznym zwykłej choroby Brighta. Zarówno anatomicznie nie można było dostrzedz nic swoistego: nerki przedstawiały zmiany, jakie występują w *nephritis interstitialis chronica*, w postaci nerki małej, ziarnistej. Jedynie mikroskopowo można było wykazać zgrubienie błony zewnętrznej ścian tętnic nerkowych i zwyrodnienie skrobiowate kłębków, co uważają niektórzy za cechę odróżniającą dla zapaleń kiłowych.

Pomimo więc, że ani przebieg kliniczny, ani zmiany anatomiczne nie przedstawiają nic, coby świadczyło za swoistością sprawy syfilitycznej, przyznaje autor istnienie syfilitycznego zapalenia nerek, jako postaci odrębnej. Tylko że kiła bardzo rzadko wywołuje w nerkach zmiany, wyłącznie dla siebie charakterystyczne, *gummata;* zazwyczaj tak, jak i wskutek innych przyczyn, powstaje w przebiegu jej rozlane zapalenie nerek międzymiąższowe.

T. Heryngа: *Przyczynek doświadczalny do kwestyi lokalizacyi płynów, wstrzykniętych zwierzętom za życia do dróg oddechowych, oraz parę uwag co do możliwości wnikania płynów do kawern i miąższu płuc gruźliczo zwyrodnionych* stanowi urywek z pracy, mającej na celu uzasadnienie potrzeby szukania metody leczenia chronicznych cierpień płuc bądź zapomocą rozpylania, bądź wstrzykiwania pewnych leków wprost przez krtań i oskrzela do miąższu płuc.

Autor wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach (psach i królikach) i trupach ludzkich, ażeby się przekonać do jakich części płuc dostają się płyny, wprowadzone przez tchawicę, o ile zmiana położenia wpływa na rozmieszczenie tych płynów i jak wpływają takie wstrzykiwania na stan ogólny zwierzęcia. Jako płynu używał autor $^1/_4$—1% roztworów sterylizowanych niebieskiej pioktaniny, których wprowadzał naraz do płuca po $1^1/_2$—2 cm. sześć o ciepłocie 37°. Wyniki otrzymane są następujące.

Pioktanina wstrzyknięta powoli, kroplami do tchawicy zwierząt, leżących na grzbiecie, dostaje się zarówno do obydwóch płuc, zarówno do płatów dolnych, jakoteż do wierzchołków. Jeżeli zwierzę leżało podczas doświadczenia na boku, to płyn dostawał się tylko do płuca, znajdującego się niżej; jeżeli zaś w położeniu pionowem, to bardzo mało płynu dochodziło do wierzchołków. Podobne wyniki otrzymał autor po wprowadzeniu zapomocą rozpylacza; zabarwienie nie było tak znaczne, jak po wstrzyknięciu płynu, natomiast jednolitsze na całej przestrzeni miąższu płuc. Wprowadzenie płynu do płuc przez przekłócie ściany klatki piersiowej dało wyniki o wiele gorsze. Wstrzyknięcie takie nie jest dokładne, gdyż nie można oznaczyć ściśle ani kierunku ani głębokości; następuje zawsze potem wylew krwi, niekiedy bardzo znaczny z większych naczyń; wprowadzony płyn sprowadzał bardzo znaczny odczyn zapalny na znacznej przestrzeni.

Zupełnie podobne wyniki, jak na zwierzętach, otrzymał autor na trupach ludzkich wkraplając płyn przez tchawicę do płuc; oprócz tego przekonał się, że płyn dostaje się z łatwością do jam i rozszerzonych oskrzeli, że przenika do miejsc zajętych zapaleniem zrazikowem i pomiędzy ogniska okołooskrzelowe, że najtrudniej dostaje się do części płuc będących w stanie zapalenia włóknistego i do ognisk serowatych. Ilość płynu użytego w tych doświadczeniach na raz

nie przenosiła nigdy 60 cm. sześć., t. j. ilości, jaką ustrój ludzki znieść może bez szkody.

A. Rosenthal: *Przyczynek do anatomii patologicznej chorób umysłowych.* Nie ulega wątpliwości, że zboczenia umysłowe są następstwem zmian anatomicznych mózgowia. Zmiany te przedstawiać się mogą bądź w postaci nowotworów lub wylewów krwi (*dementia e laesione cerebri*), bądź w postaci mniej lub więcej rozlanej sprawy zapalnej lub zaniku kory mózgowej i substancyi białej (*paralysis progressiva*), bądź wreszcie jako niesymetryczny rozwój półkul lub przewaga podstawy mózgu w stósunku do półkul (*paranoia*). Do lepiej zbadanych anatomicznie należy bezwład postępujący, jakkolwiek i tu panuje niezgoda co do charakteru zmian. W cierpieniu tem sprawa chorobowa rozlana jest po całem mózgowiu, jednakże, stósownie do stopnia zmian w niektórych ośrodkach, otrzymujemy rozmaity obraz kliniczny, w miarę objawu przeważającego. Do wybitniejszych objawów w przebiegu bezwładu postępującego należy afazya z jej odmianami. Stanowi ona ogniwo łączące cierpienia mózgu ogniskowe ze sprawami rozlanemi. Autor przytacza spostrzegane przez siebie przypadki ogniskowych cierpień mózgu, w których przebiegu afazya zmysłowa stanowiła objaw stały i przeważający, dalej przypadki bezwładu postępującego z obecnością zmian ogniskowych, wreszcie cztery przypadki pomieszania ostrego. We wszystkich tych przypadkach przez dokładne badanie pośmiertne mózgu wykazał autor w niem zmiany anatomiczne. Z zestawienia wysnuwa wniosek, iż niema 2-ch przypadków żadnej postaci tych chorób, któreby przedstawiały jednakowy obraz kliniczny i anatomiczny. Nawet tak jednolita postać, jak bezwład postępujący cechuje się różnorodnością zmian anatomicznych wskutek skombinowania się sprawy chorobowej ze zmianami ogniskowemi mózgu. Zdarza się nawet, że wskutek tego nie podobna ściśle odróżnić *dementia e laesione cerebri* od *paralysis progressiva.* W każdym razie zboczenia umysłowe znajdują się w ścisłym związku i zależności od zmian anatomicznych.

H. Ruppert: *Przyczynek do anatomii patologicznej wątroby przy marskości zwykłej (cirrhosis vulgaris).* Powstrzymanie odpływu żółci u człowieka, jak wykazały nowsze badania, wywołuje zmiany zapalne w wątrobie, prowadzące do większego lub mniejszego stwardnienia narządu (*cirrhosis*). Źródło tych zmian stanowi *a*) odczynowe zapalenie, powstające wskutek anemicznej nekrozy miąższu wątroby, *b*) pierwotne zapalenie ścian przewodów żółciowych, rozszerzające się na tkankę otaczającą (*cholangioitis*). Taką etyologią wykazano zarówno u ludzi, jak i doświadczalnie na zwierzętach, którym podwiązywano przewód żółciowy wspólny. Autor zajął się zbadaniem powstawania rozrostu łącznotkankowego w wątrobie w t. zw. marskości zwykłej. W tym względzie przyjęty jest ogólnie pogląd Charcota, że punkt wyjścia stanowią rozgałęzienia żyły wrotnej, same zaś zraziki wątroby ulegają zanikowi następowo. Odmienne zdanie wyrazili Sabourin i Cornil, którzy odnosili główne zmiany rozrostowe do rozgałęzień żył wątrobowych, gdy zmiany naokoło gałązek żyły wrotnej stanowią zjawisko następowe.

Autor zbadał szczegółowo jeden przypadek marskości zwykłej i na podstawie obrazu mikroskopowego w zupełności przychyla się do zdania Charcota. Zdaniem więc autora *cirrhosis vulgaris* ma źródło swego rozwoju: 1) w podrażnieniu zapalnem ścianek rozgałęzień żyły wrotnej, 2) w odczynowem zapaleniu, powstającem wskutek zaniku pierwotnego komórek wątrobowych na obwodzie zrazików.

(Dok. n.).

Dr. Kryński.

Terapia.

A. Sokołowski (w Warszawie): **Kilka słów w sprawie używania kreozotu w leczeniu suchot płucnych.**

Autor biorąc asumpt z przemówienia Hewelkego na jednem z ostatnich posiedzeń Tow. lek. warszawskiego, jest zdania, iż kreozot nie musiał działać tak bardzo dobrze w leczeniu suchot płucnych w ciągu ostatnich lat piętnastu, skoro obok niego wprowadzone do terapii tej choroby mnóstwo innych leków, które jednak wkrótce zeszły z pola, gdy kreozot przetrwał całe lata, co autor zgodnie z Bouchardem przypisuje temu, że kreozot jest środkiem stósunkowo nieszkodliwym.

Na pytanie, czy kreozot w leczeniu suchot płucnych jest pożytecznym a przede wszystkiem, czy wywiera wpływ swoisty na sprawę gruźliczą, odpowiada autor podziałem chorych na szpitalnych i na zostających w praktyce prywatnej. Co do tamtych, oświadcza się autor na podstawie doświadczenia w różnych szpitalach europejskich i własnego, iż wybitnego działania korzystnego nie widział w przeważającej liczbie przypadków, co przypisuje temu, że chorzy udają się o pomoc do szpitala w ostatnich okresach choroby, gdy ani kreozot, ani zapewne żaden inny lek nic już zrobić nie może.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa w praktyce prywatnej, u chorych jeszcze chodzących. I tutaj wprawdzie nie widać żadnego swoistego działania kreozotu, jak tego dowodzą znane każdemu lekarzowi praktycznemu z własnego doświadczenia przypadki, w których używanie kreozotu od samego początku choroby nie uchroniło od dalszego rozwoju niszczącej sprawy; mimo tego nie ulega wątpliwości, że w praktyce prywatnej po systematycznem używaniu kreozotu widać najczęściej większe lub mniejsze polepszenie a nawet zupełne zatrzymanie się sprawy gruźliczej. Autor wątpi jednak, czy to polepszenie się należy przypisać kreozotowi, gdyż terapia kreozotowa suchot zeszła się razem z racyonalnem leczeniem higieniczno-dyetetycznem, o skuteczności którego nie można wątpić. Zresztą żadna inna choroba przewlekła nie okazuje tej dziwnej tendencyi do zatrzymywania się w swym rozwoju, nawet w późnych okresach, co suchoty płucne. To są zdaniem autora przyczyny entuzyazmu dla kreozotu, entuzyazmu pochodzącego przede wszystkiem od lekarzy pozaszpitalnych. Dlatego autor nie przypisuje pomyślnych skutków kreozotowi tam, gdzie równocześnie leczono chorych klimatyczno-dyetetycznie.

Mimo tego wszystkiego sądzi autor, że chociaż kreozot nie działa swoiście na gruźlicę, jest on środkiem bardzo ważnym w leczeniu suchot płucnych, albowiem:

1) u bardzo wielu chorych wpływa korzystnie, mianowicie użyty w niebardzo wielkich dawkach, na poprawę łaknienia. Jestto, zdaniem autora, najdonioślejsza okoliczność w działaniu leczniczem kreozotu; tym bowiem sposobem zyskuje się podstawę do należytego odżywiania, pośrednio do wyleczenia czy też przynajmniej zatrzymania suchot płucnych w ich przebiegu. Tę poprawę łaknienia pod wpływem kreozotu tak często postrzeganą, można wytłómaczyć w rozmaity sposób: bądź przez pobudzenie błony śluzowej żołądka do większego wydzielania soku żołądkowego, bądź przez powstrzymanie spraw fermentacyjnych, wywołanych połkniętą plwociną. Nie zawsze jednak poprawia kreozot łaknienie; owszem bywa i wprost przeciwnie, t. j. chorzy po zażyciu kreozotu tracą łaknienie, osobliwie po użyciu dużych dawek, co wszystko powinno być dla lekarza skazówką, by nie zadawać kreozotu w dawkach zadużych i wstrzymać jego użycie w razie niekorzystnego wpływu na łaknienie.

2) W pewnych przypadkach, szczególniej w okresach nie daleko posuniętej choroby, kreozot wpływa pomyślnie na pobudzenie wydzielania się śluzu z oskrzeli; jest więc pośrednio dobrym lekiem wykrztuśnym.

Może być wreszcie, że w niejednym przypadku działa kreozot pomyślnie przez sugestyę. W każdym razie, pomi-

mo, że kreozot nie jest żadnym środkiem swoistym, można go w wielu przypadkach użyć z korzyścią i dlatego powinno go się używać przede wszystkiem u chorych w wielkich miastach i przez zimę, a na lato wysyłać takich chorych do stacyj klimatycznych a w ostateczności na wieś i wtedy wstrzymywać u nich zadawanie kreozotu, jako leku zupełnie zbytecznego wobec innych korzystnych dla zdrowia chorych okoliczności.

Ponieważ autor nie widzi w kreozocie żadnego leku swoistego na gruźlicę, lecz tylko wyborny pod wieloma względami środek symptomatyczny, przeto używa go teraz tylko w małych dawkach od 4 do 5, co najwięcej 10 granów (t. j. od 25 do 40, najwięcej 70 centygramów) dziennie i zaleca go nie w kapsułkach, lecz w małym dodatku do wina (kroplę jednę lub dwie w dużym kieliszku wina czerwonego) lub mleka (kropla na pół szklanki). Tę ilość i ten sposób zadawania znoszą chorzy zazwyczaj pod każdym względem wybornie. (*Gazeta lekarska. 1. 1894.*).

Pellicer: **Bromoform przeciw krztuścowi (kokluszowi).**

Autor oświadczając się naprzód przeciw przenoszeniu z miejsca na miejsce chorych kokluszem nawiedzonych, jako postępowaniu co do swej skuteczności wątpliwemu a mogącemu tylko rozwlekać chorobę, zostawia na boku najrozmaitsze leki używane i zalecane na krztusiec i zastanawia się tylko nad bromoformem, co do którego niema mimo bardzo wielu publikacyj ogólnej zgody. Idąc za radą Steppa z Norymbergi, który pierwszy zalecał bromoform w krztuścu, zadawał autor ten środek leczniczy dzieciom 4 razy dziennie po tyle kropel, ile pacyent mały liczył lat. Jeżeli po 3 dniach używania tego leku liczba dzienna napadów nie zmniejszała się, powiększał autor systematycznie dawkę i tym sposobem doszedł raz u dziecka dwuletniego w ciągu 6 dni do dawki dziennej 48 kropel, która prócz rumienia (*erythema*) na całem ciele nie sprawiła żadnych innych zboczeń w ustroju. Nieskuteczność bromoformu w krztuścu, o której tylu pisało, przypisuje autor dawkom za małym; według jego bowiem doświadczenia bromoform w wymieniony sposób zadawany jest bardzo dzielnym lekiem w krztuścu, skracając przebieg choroby zazwyczaj od 2 do 3 tygodni a nieraz i mniej nawet. (*La médecine moderne. 3. Stycznia. 1893*).

Robin: **Leczenie kamicy żółciowej.**

Prof. R. w szpitalu *la Pitié* w Paryżu zwraca się naprzód przeciw używaniu w tej chorobie wielkich dawek (od 100 do 200 gramów dziennie) oliwy, jako leczeniu całkiem nieskutecznemu; okazało się bowiem, iż stężyny (konkrementa), jakie nieraz znajdują się w kale po zażyciu oliwy, nie są bynajmniej kamykami żółciowemi, lecz kwasami tłuszczowemi z oliwy, zabarwionemi żółcią. Uważa dalej, by pod względem dyetetycznym usunąć z pokarmów wszystko, czego strawienie wymaga nadmiernego powiększenia się czynności wątroby a zatem pokarmów tłustych i zawierających dużo cukru i skrobi. Również nie można pozwalać na używanie octu, który sprzyja rozkładowi tłuszczów a daje się zastąpić sokiem cytrynowym, ze wszystkich kwasów organicznych najłatwiejszym do spalenia się w ustroju.

Zalecić przeto należy chorym pożywienie mięszane złożone w $^{1}/_{3}$ z mięsa, w $^{2}/_{3}$ z jarzyn zielonych, dalej owoce a w porze do tego sposobnej winogrona.

Mleka, które zmniejsza wydzielanie się żółci, chorzy na kamicę żółciową wcale używać nie powinni.

W kamicy żółciowej powinno się zmierzać głównie do rozrzedzenia żółci a do tego służy: 1) powiększenie konsumcyi płynów, 2) używanie alkaliów, 3) podniecenie czynności skóry, 4) leczenie wodami mineralnemi.

Co do konsumcyi płynów, rzecz rozumie się sama przez się a wiadomo zresztą, iż kolki żółciowe następują zwykle podczas używania małej ilości płynów.

Co do alkaliów, na czele ich jest dwuwęglan sodowy albo jako taki albo w postaci wody Vichy, mianowicie źródeł *l'Hôpital* i *la Grande Grille*.

Robin zaleca przez pierwszych 5 lub 6 dni obydwa te źródła, z każdego po 200 gramów dziennie a potem samą *Grande Grille* do 500 gramów również dziennie.

Wody ze źródła *Célestins* nie zaleca, ponieważ teraz nie jest ona pewna co do swej czystości.

(*La médecine moderne. 20. grudnia 1893*).

Choroby oczne

Prof. Burchardt (w Berlinie). **Leczenie ostrego śluzoropotoku spojówki.**

Autor zaniechał użycia środków żrących, używanych dotąd powszechnie, jak 2% i 3% rozczynu azotanu srebra, a natomiast sterylizuje energicznie worek spojówkowy. Do tego postępowania skłoniło go następujące rozumowanie: Żrące środki dostają się tylko na powierzchnię spojówki powiek, a przecież gonokoki znajdują się w najgłębszych warstwach przybłonka, w szczelinach limfatycznych tkanki łącznej a wreszcie w spojówce gałki ocznej, na którą środki żrące przy zwykłem leczeniu spojówki powiek wcale się nie dostają. Przepłukiwanie zaś mocnymi środkami przeciwgnilnymi (sterylizowanie) działa daleko lepiej, a że działa na całą spojówkę, przeto wydaje się autorowi racyonalniejszem. Przepłukuje w następujący sposób: Naprzód 5% wodą chlorową a po wydaleniu ropy $^{1}/_{10}$% rozczynem azotanu srebra. Płyny mają ciepłotę letniej wody. U dorosłych stoi lekarz poza chorym, któremu głowę przechyla ku tyłowi. Asystent za pomocą strzykawki kroplami albo mocniejszym prądem zwilża wewnętrzny kąt powiek, gdy lekarz wielkim palcem dolną powiekę przesuwa i odciąga dość szybko ku górze, drugą zaś ręką porusza górną powiekę od prawej ku lewej stronie i odwrotnie, przyczem ciecz dostaje się pomiędzy powieki i gałkę oczną. Przez ugniatanie staje się obrzmiała powieka miękką i podatną. Po pół minuty a najwięcej po minucie worek spojówkowy oczyszcza się do tego stopnia, że z niego odpływa czysty rozczyn azotanu srebrowego. Jeżeli na spojówce powiek znajdują się skrzepy i wypociny, wtedy usuwa się je watą, odwróciwszy powiekę a następnie dopiero przepłukuje się worek spojówkowy. Przepłukiwanie robi się po 4 razy na dzień i częściej; oprócz tego okłady z 5% wody chlorowej. U dzieci postępuje się tak samo tylko, że głowę dziecka bierze lekarz pomiędzy swe kolana. Ponieważ przy odciąganiu i poruszaniu powiek oka nie uciska się, można, z podwojoną oczywiście ostrożnością, użyć tego postępowania także i w tych przypadkach, w których rogówka jest owrzodziała.

Skutek ma być nadzwyczajny. U noworodków w przeciągu 4 dni ustępuje wydzielina. Opatrunku ochronnego na drugie zdrowe oko autor niezakłada, tylko przepłukuje je przed każdem badaniem chorego oka słabym rozczynem azotanu srebra (1:1000). Niekorzystną stroną postępowania jest to, że bardzo często, bo kilka razy na dzień, musi lekarz chorego widzieć i opatrywać. Jeżeli jednakże sposób leczenia istotnie daje tak nadzwyczajne wyniki, należy w zakładach naszych tak urządzić służbę zdrowia, aby zapobiedz dość częstej utracie wzroku w przypadkach ostrego śluzoropotoku spojówek. Wiadomo, że trzecia część ciemnych umieszczonych w zakładach dla niewidzących w Austryi i w Niemczech utraciła wzrok skutkiem tej choroby. (*Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. Listopad 1893*). *Dr. Machek.*

R. Greeff: **Badania bakteryologiczne nad powstawaniem współczulnego zapalenia oka.**

Przeszedłszy po krótce dotychczasowe teorye powstawania sympatycznego zapalenia oka zatrzymuje się autor przy teoryi Deutschmanna (zapalenie współcz. polega na inwazyi mikrobów, a drogą, którą się one z jednego oka do drugiego dostają, jest nerw wzrokowy i jego pochewki) i występuje przeciwko niej z licznymi zarzutami, popierając je badaniami własnemi i cudzemi.

Deutschmann nie podawał nigdy w swych pracach, czy hodowle przeprowadzał anaerobowo; dalej robi swoje doświadczenia na zwierzętach mikrobami ropotwórczemi, choć wia-

domo, że zapalenie współczulne oka drugiego nader rzadko występuje po ropnych zapaleniach gałki; wreszcie, co najważniejsza, nigdy nie brał w rachubę, czy u zwierząt, którym szczepił drobnoustroje, występowało po zaszczepieniu zakażenie ogólne.

Tymczasem G. po zaszczepieniu streptokoków lub stafilokoków nie widział nigdy zapalenia współczulnego drugiego oka, a to samo stwierdzili Randolf Gifford, Ulrich i inni. Loevy szczepił nawet koki, które wywołują zapalenia plastyczne, (forma zdarzająca się najczęściej w zapaleniu współczulnem) a przecież nigdy drugie oko nie chorowało. Co do punktu trzeciego, to G. znajdywał drobnoustroje w oku drugiem t y l k o w t e d y, gdy nastąpiło ogólne zakażenie ustroju zwierzęcia; udział zatem oka, do którego zaszczepiono mikroorganizmy, był tylko pośredni. Tak samo mogło wystąpić zapalenie oka, gdyby użyto jakiegoś innego narządu za miejsce do szczepienia.

Wreszcie podaje autor wynik badania bakteryologicznego z 17 przypadków, które sam obserwował. Badał on kawałki nerwu wzrokowego bądź to wycięte, bądź powzięte z oczu, wyłuszczonych z obawy przed współczulnem zapaleniem oka drugiego, w różnych czasach (od 3 tygodni do 3 miesięcy po rozpoczęciu się sprawy). Badania przeprowadzone nie tylko za pomocą mikroskopu, ale i hodowli różnorodnych, uzupełniały zarazem szczepienia na zwierzętach doświadczenia autora. Wynik co do obecności drobnoustrojów był stale ujemny. To samo stwierdził Nordenson i inni; nawet w rozpoczynających się zapaleniach sympatycznych i to z cechującym obrazem zapalenia tarczy nerwu wzrokowego badania bakteryologiczne dały wynik ujemny. (Deutschmann znajdował zawsze drobnoustroje!) Tutaj przytacza G. liczny zastęp autorów, którzy doszli do tych samych, co i on, rezultatów. Aby jakiś drobnoustrój uważać można za wywołujący pewne cierpienie, musi on znajdować się zawsze i tylko w tem właśnie cierpieniu; dalej musi on być tak umieszczonym, by większą część objawów obecnością jego można było tłumaczyć, dalej musi, zaszczepiony na inny ustrój, wywołać ten sam obraz chorobowy. Wyniki badań Deutschmanna nie odpowiadają tym żądaniom. Zapatrywanie się jego zatem, że zapalenie współczulne oka polega na wędrówce drobnoustrojów wzdłuż n. wzrokowego i jego pochewek jest, jak dotychczas, nie uzasadnionem przypuszczeniem. Może być, że zapalenie współczulne jest następstwem działania jakichś toksalbuminów *(lymphangioitis toxica?)*, które wytworzyć mogą mikroorganizmy, jeśli się dostaną i do wnętrza gałki, jednakże w tych razach organizm oddziaływa zwykle gorączką i innemi objawami; a jedyny przypadek Pflügera, który spostrzegał gorączkę w rozpoczynającem się zapaleniu współczulnem oka, nie może służyć jeszcze za dowód, lecz co najwięcej, wskazywać dalsze badania w tym względzie. *(Archiv f. Augenheilkunde T. XXVI. 3. 4.)* *Dr. Brudzewski.*

Patologia.

J ó z e f Z a w a d z k i: **O siarkowodorze w żołądku rozszerzonym.**

W żołądku rozszerzonym i wypełnionym zalegającą treścią pokarmową wywiązuje się siarkowodór wskutek rozpadu substancyj białkowatych. Z. przytacza 4 przypadki z rozstrzenią żołądka powstałą wskutek blizny po wrzodzie okrągłym w części odźwiernikowej.

W badanej treści wykazywano siarkowodór, używając do tego papierków napojonych octanem ołowiowym, które zawieszone nad naczyniem z treścią żołądkową w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu czerniały stosownie do ilości siarkowodoru. Odczyn ten znikał po kilkorazowych dokładnych przepłókiwaniach żołądka a więc po usunięciu zalegających pokarmów.

Siła wydzielnicza żołądka we wszystkich przypadkach była bardzo znaczna; HCl znajdował się w ilości dochodzącej do 0,2%. Wobec doświadczeń Sieberowej i Miquela wykazujących, że już 0.1% rozczyny kwasu solnego są w stanie przez 24 godzin powstrzymać rozpad białka, zaznacza Z., że treść zalega w rozszerzonym żołądku znacznie dłużej, skutkiem czego rozczyn HCl znajdujący się w żołądku nie wystarcza do powstrzymania rozpadu substancyj białkowatych. Że siarkowodór nie wywołuje zatrucia ustroju, należy tłumaczyć w części zmniejszeniem się zdolności chłonienia w żołądku rozszerzonym, w części zaś samozachowawczą czynnością odporną ustroju.

Dr. Ludomił Korczyński.

Zapiski terapeutyczne.

Użycie zżeradeł do leczenia raka jest tylko wtedy stósowne, jeżeli się można po niem spodziewać skutku dostatecznego, t. j. zupełnego zniszczenia tkanek chorobowych. Dlatego zdaniem Lewisa do leczenia zżeradłami nadają się przede wszystkiem raki skórne tem bardziej, iż blizna po zżeradłach jest piękniejsza, niż po operacyi, pod warunkiem, że się oszczędzi tkanki łącznej podskórnej.

Stósownie do rozmiarów nowotworu używa Lewis różnych zżeradeł *(caustica)*.

Jeżeli narośl jest bardzo mała, brodawkowata, nadaje się maść Jenningsa:

4)	Rp.	*Vaselini*	6·00
		Kali kaustici	12·00
		Cocaini muriatici	2·00

Używając tej maści trzeba baczyć, by działanie jej w razie potrzeby ograniczyć za pomocą kwasu octowego.

Jeżeli rak jest rozleglejszy, używa Lewis ciasta czyli pasty Marsdenowskiej, złożonej z 10 gramów kleiku z gumy arabskiej *(mucilago gummi arabici)* i 20 gramów kwasu arsenawego czyli arszeniku białego.

Pastę tę dosyć gęstą nakłada się na raka, oddaliwszy poprzednio rozczynem ługu żrącego przyskórek. Uważać należy, by za jednym razem nie pokryć tą pastą więcej, niż 2 do 3 cm. kwadratowych. Na pastę daje się warstwę waty i tak to zostawia, dopóki nie zobaczy się żywego zapalenia brzegów, co następuje zwykle po 3 lub 4 dniach. Po odsłonięciu okazuje się strup a po jego odpadnięciu czysta rana, gojąca się zwykłym sposobem.

Jeżeli chce się użyć zżeradła na powierzchnię znaczniejszą, niż to można zrobić z pastą Marsdenowską, można użyć w ten sam zresztą sposób maści następującej:

5)	Rp.	*Arsenici*	1·00
		Mercurii sublimati corr.	0·50
		Cinnabaris	5·00
		Salis ammoniaci	5·00
		Amyli puri	120·00
		Salut. 12° zinci chlor.	245·00

Maść ta jednak wywołuje ból większy, niż maść Marsnowska.

Hue w Rotomagu (Rouen) używa w podobny zupełnie sposób do usuwania raków skórnych z bardzo dobrym skutkiem ciasta żrącego Kosmy według przepisu:

6)	Rp.	*Arsenici albi*	1·00
		Cinnabaris	5·00
		Spongiae calcinatae	2·00

Proszek ten zarabia się z małą ilością wody na ciasto, które przykłada się na nowotwór, bacząc, by naraz nie pokryć więcej, niż 3 cm. kwadratowe. Na to daje się kawałek zwilżonej hubki i zostawia się wszystko tak, dopóki strup pod tem powstały sam nie odpadnie, co nieraz następuje dopiero po 10 do 30 dniach. Wtedy powtarza się całą tę procedurę, jeżeli potrzeba, w miejscu sąsiedniem. Po odpadnięciu strupów zwykłe opatrzenie przeciwgnilne.

La médecine moderne. 3. Stycznia. 1894).

IV) †

Dr. Władysław Jabłonowski.

Bolesną i niespodziewaną wiadomość przyniósł nam telegram z półwyspu bałkańskiego. Dnia 9-go b. m. zakończył w Burgas tułacze życie Dr. Władysław Jabłonowski, lekarz w międzynarodowej służbie zdrowia, członek korespondent Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, pisarz płodny i wykwintny, delegat Wysokiej Porty w misyach naukowych i zdrowotnych i t. d.

Ś. p. Władysław Jabłonowski pochodził z Grodzieńskiego. W młodocianym wieku przybył przed 30 laty do Galicyi i wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiell. a po kilkoletniej tu pracy udał się do Wiednia i po otrzymaniu dyplomu doktora medycyny wyjechał w r. 1867 do Konstantynopola. W owym czasie koczujące plemiona Yemenu wypowiedziały posłuszeństwo władzy otomańskiej; tak z powodu zabójczego dla cudzoziemców klimatu, jak i niezmierzonych przestrzeni pustyni, Arabowie stawili opór nie do pokonania. Rząd W. Porty zmuszony był wysłać przeciwko nim poważne siły, na czele których postawił najwybitniejszą osobistość w państwie, Namyka Baszę, obdarzając go władzą niemal monarszą. Przyjmując to stanowisko, wielkorządca Bagdadu położył warunek, że dodany mu będzie wysoko w swym zawodzie wykształcony lekarz Europejczyk. Wybór padł na ś. p. Jabłonowskiego. Po kilkoletniej walce, pokonawszy synów pustyni, Namyk Basza powrócił do stolicy a z nim jednocześnie Jabłonowski, którego natychmiast mianowano lekarzem wojskowym w Hercegowinie. Podczas ostatniej wojny wschodniej otrzymał przeznaczenie na armeńskim placu boju, gdzie w obleganych twierdzach zdrowie nadwerężył. Po wojnie przebywał kilka lat, zawsze jako lekarz wojskowy, w albańskiem mieście Prylepie a wreszcie ustępuje ze służby wojskowej i osiada w Carogrodzie. Grasująca w Persyi dżuma zniewoliła rządy europejskie do wywarcia nacisku na W. Portę, ażeby wysłała uzdolnionego lekarza do Irak-Arabii a to w celu naukowego zbadania zarazy i przedsięwzięcia takich środków państwowych i sanitarnych, któreby zdołały zasłonić od zarazy Turcyę i Europę. Na tę trudną, ważną a bardzo długą i niebezpieczną misyę władze tureckie miały tylko jednego kandydata: był nim Władysław Jabłonowski. Ze steranem zdrowiem powrócił autor *Szkiców sanitarnych w Persyi* do Europy a po wypoczynku i powrocie do zdrowia, przyjął posadę lekarza międzynarodowej służby sanitarnej w bułgarskim porcie Burgas, gdzie i dokonał pracowitego, nieskazitelnego żywota.

Wszechstronnie wykształcony, obdarzony wyższym umysłem i gruntowną wiedzą lekarską, potrafił ś. p. Jabłonowski na każdym z tych stanowisk poczynić cenne dla wiedzy spostrzeżenia, które ogłaszane drukiem w czasopismach lekarskich, budziły żywe zainteresowanie się w naszym świecie lekarskim.

Do ważniejszych prac zmarłego należą następujące rozprawy:

1) *O opatrunkach przeciwgnilnych podług źródeł angielskich i francuskich.* (Medycyna, 1876). 2) *Służba zdrowia w wojsku tureckiem. Przyczynek do historyi powstania w Hercegowinie.* (Medycyna, 1876). 3) *Szkice położnicze ze Wschodu.* (Przegląd Lekarski, 1882). 4) *Lekarze i leczenie w Turcyi* (Przegląd Lekarski 1882). 5) *Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w r. 1881.* (Przegląd Lekarski 1882). 6) *O poronieniach w Turcyi.* (Przegląd Lekarski 1883). 7) *Higiena noworodków i kobiet ciężarnych w Turcyi.* (Przegląd Lekarski 1883). 8) *Kazuistyka lekarska w Turcyi.* (Przegląd Lekarski 1883). 9) *Dżuma w Iraku arabistańskim.* (Przegląd Lekarski 1885). 10) *Szkice sanitarne z Persyi.* (Przegląd Lekarski 1885, 1887). 11) *Cholera w Europie od r. 1884 do 1887.* (Przegląd Lekarski 1888). 12) *Listy z Albanii* (Przegląd Lekarski 1889). 13) *Przyczynki do epidemiologii Wschodu.* (Przegląd Lekarski 1891—1894).

Jak ś. p. Jabłonowski pojmował swój stosunek do zawodowej literatury ojczystej, niech świadczy powyższy spis prac zmarłego, które ogłosił bezinteresownie. Jako członek korespondent Towarzystwa lekarskiego krakowskiego brał on, o ile to było możebne z oddalenia, udział w jego sprawach a hojne datki na fundusz tablicy pamiątkowej dla ś. p. Kopernickiego i na przeniesienie zwłok ś. p. Wóycikowskiego na nowy cmentarz w Dijon, czyż nie dowodzą, że żyjąc na obczyźnie, duszą przebywał w łonie swego społeczeństwa i nasłuchiwał tętna jego serca. Powszechnie szanowany i ceniony przez obcych, wysoko dzierżył czysty sztandar swego narodu i swego zawodu. W Jabłonowskim zgasł obywatel nieskazitelny, pełen hartu i cnoty, lekarz światły i ofiarny, człowiek serca i rozumu.

Tych kilka słów skromnych, które podyktowała prosta sprawiedliwość i wdzięczne serce trzydziestoletniego przyjaciela, niech mu staną za grudkę ziemi ojczystej, której, osamotnionemu za życia, nie rzuci żadna ręka swojska na świeży, „niepłakany“ grób na obczyźnie.

Dr. August Kwaśnicki.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 11. Stycznia 1894 r.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbytem dnia 10. b. m. odczytali: sekretarz stały Dr. Kwaśnicki zdanie sprawy z czynności i stanu Tow. lek. w r. 1893, prof. Cybulski ze stanu funduszów *Przeglądu lekarskiego*, Dr. Śliwiński z czynności Komisyi przemysłowo-lekarskiej, doc. Trzebicky z czynności Komisyi sprawozdawczej z prac polskich do roczników Virchowa i Hirscha, prof. Mars z funduszów na budowę własnego domu Towarzystwa, Dr. Murdzieński ze stanu biblioteki. Po przemówieniu ustępującego prezesa prof. Łazarskiego zabrał głos prof. Gluziński i podziękował w imieniu członków przewodniczącemu za trudy i starania koło Towarzystwa w roku ubiegłym, poczem nowo obrany prezes Dr. Kwaśnicki objął przewodnictwo i w treściwem przemówieniu przedstawił swe poglądy na stan i zadania Towarzystwa a w końca podał bolesną wiadomość o zgonie członka korespondenta Towarzystwa Dra Władysława Jabłonowskiego.

— Komisya sanitarna krakowska odbyła w dniu 8. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem uchwalono: I) Pozwolić wydobywać lód: *a*) z Wisły powyżej dawnej rogatki zwierzynieckiej i poniżej Dąbia, *b*) z Prądnika powyżej zakładu kontumacyjnego a z Rudawy powyżej drogi łobzowskiej, *c*) Ze stawów na Olszy a na Półwsiu Zwierzynieckiem ze stawu większego i wogóle z tych miejsc, co do których wydadzą właściwe władze pozwolenie, *d*) w obrębie miasta nie pozwolić nigdzie wydobywać lodu, gdzie jest podejrzenie zanieczyszczenia dopływami.

II) Starać się o stosowniejsze pomieszczenie łazienek na Wiśle.

III) Nie pozwolić brać wody z Wisły do kąpieli poniżej wylotu kanałów.

IV) Przyjęto do wiadomości daty statystyczne odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w r. 1893 w m. Krakowie. Razem umarło 3144 osób, t. j. 40·7 według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców. Bez obcych umarło 27·2. Chrześcian umarło 45·9, starozakonnych 27·3. Z chorób zakaźnych umarło 25·7% wszystkich zmarłych a mianowicie: 164 osób z ospy, 73 z odry, 77 z płonicy, 130 z dławca i błonicy, 12 z krztuśca, 54 z duru brzusznego, 10 z duru osutkowego, 7 z cholery, 34 z czerwonki, 17 z gorączki połogowej, 199 z zapalenia opon mózgordzeniowych nagminnego, 22 z innych chorób zakaźnych. Z gruźlicy umarło 413 osób, z zapalenia płuc 571, śmiercią gwałtowną 53 osób.

— Dr. Święcicki w Poznaniu został stałym współpracownikiem Frommla *Jahresbericht für Geburtshilfe und Gynaekologie* i dlatego jest rzeczą pożądaną, by autorowie Polacy, pragnący uwzględnienia swych prac w owych rocznikach, przysyłali mu je w odbitkach.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny odbędzie się, jak wiadomo, w bieżącym roku w Budapeszcie od 1. do 9. Września z następującym rozkładem dziennym: 1. Września powitanie wieczorem, 2. Września otwarcie kongresu, 3., 4., 5., 7. i 8. Września posiedzenia sekcyjne. 9. Września zamknięcie kongresu. Dzień 6. Wrześ-

nia służyć ma na odpoczynek i małe wycieczki objęte programem. Czwarty dzień posiedzeń przeznaczony jest do jeneralnej dyskusyi nad błonicą w połączonych sekcyach: bakteryologicznej, zapobiegawczej i higieny dziecinnej. Przedmiotem do dyskusyi w tej sprawie będzie elaborat osobnej komisyi międzynarodowej. Po zamknięciu kongresu ma się odbyć wspólna wycieczka do Konstantynopola ze zwiedzeniem po drodze Belgradu, zkąd przyszło osobne w tej mierze zaproszenie.

— Zwracamy uwagę na ogłoszenie Prezydyum Izby lekarskiej krakowskiej umieszczone na ostatniej stronicy.

— Ze względu na międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie, nie odbędzie się w bieżącym roku kongres medycyny wewnętrznej a zjazd niemieckich chirurgów przełożono na dnie od 18. do 21. kwietnia b. r.

— Tegoroczny zjazd psychiatrów i newrologów z Francyi i krajów używających języka francuskiego odbędzie się w Clermont-Ferrand od 6. do 11. Sierpnia. Szczegółowo zajmować się będzie zjazd następującemi kwestyami: *a)* z zakresu chorób umysłowych: o stosunku histeryi do obłędu (sprawozdawca prof. Gibbert Ballet z Paryża), *b)* z zakresu chorób nerwowych: o zapaleniach nerwów obwodowych (sprawozdawcą prof. P. Marie z Paryża) i *c)* z zakresu prawodawstwa i administracyi: o pomocy publicznej i prawodawstwie względem alkoholistów (sprawozdawcą Ladame, docent prywatny z Genewy).

— Dr. Sajous wydał już 5 tomów swego *Annual of the universal medical sciences*, obejmującego zdania sprawy za lata 1892 i 1893, zebrane z 1100 dzienników lekarskich (między niemi i z *Przeglądu lekarskiego*) i 200 dzieł, rozpraw i broszur publikowanych prawie we wszystkich językach świata cywilizowanego. Wydawnictwo to jest bardzo staranne tak pod względem treści, jak i formy zewnętrznej i daje współpracownikom naszych pism zawodowych rekojmię, iż prace ich dostaną się także i do piśmiennictwa angielskiego.

— Dr. Abbott w Hamburgu (w Stanie nowojorskim w Ameryce) twierdzi, iż jeżeli kobieta zastąpiła tuż przed peryodem, przychodzi na świat chłopiec, jeżeli zaś po peryodzie, rodzi się dziewczyna.

— Na mocy prawa z 30. Listopada 1892 r. a rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych francuskiego obowiązani są lekarze, urzędnicy zdrowia i akuszerki donosić władzy o pojawieniu się następujących chorób zakaźnych: 1) duru brzusznego, 2) duru osutkowego, 3) ospy, 4) płonicy, 5) błonicy (dławca), 6) pokrzywki, 7) cholery i chorób do niej podobnych. 8) dżumy, 9) febry żółtej, 10) czerwonki, 11) chorób połogowych (jeżeli nie chodzi o tajemnicę położnicy) i 12) zapalenia ócz u noworodków.

Dziwnym zapewne sposobem nie znajdujemy w tym spisie wścieklizny, nosaciny, zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego i tężca.

— Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu odbytem dnia 2. b. m. zdawał Porak sprawę ze swych badań nad przechodzeniem z matki do płodu różnych trucizn, jak arsenu, ołowiu, rtęci, fosforu, atropiny i alizaryny; wypada z nich, że arsen przechodzi łatwo do płodu przez łożysko, również miedź, która później nagromadza się przeważnie w wątrobie a w małej ilości i w mózgu. Ołów dostaje się przeważnie do mózgu i do skóry. Rtęć gromadzi się niekiedy w łożysku. Alizaryny nie można było wykazać ani w łożysku ani w płodzie.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Napoleon Juszkiewicz, przeżywszy lat 52 w Petersburgu. Dr. Józef Grodnicki w Koninie, przeżywszy lat 77. Dr. Apolinary Wyhowski w Tytusówce pod Berdyczowem, przeżywszy lat 59.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* nrze 1: F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych; A. Ciągliński: Przypadek tak zwanej choroby Littla; A. Sokołowski: Kilka słów w kwestyi stosowania kreozotu przy leczeniu suchot plucnych. — W *Medycynie* nrze 1: Prof. Kosiński: O promienicy brzusznej ze względu na jej podobieństwo do nowotworów; H. Dobrzycki: Rzadki przypadek nabytego przemieszczenia wątroby u 25-letniego mężczyzny; B. R. Gepner: Dwa przypadki torbieli tęczówki.

Redakcya otrzymała:

Przyczynki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej dla uczczenia 70. rocznicy urodzin Włodzimierza Brodowskiego, profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów. Warszawa. 1893. Wizerunek Jubilata, przedmowa i 218 str.

Z. Dmochowski i W. Janowski: Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych. Warszawa 1893 (osobna odbitka z dzieła powyższego).

W. Janowski: Przypadek porażenia kończyny dolnej pochodzenia rdzeniowego (osobna odbitka również z dzieła powyższego).

W. Janowski i Z. Dmochowski: Przyczynek do nauki o własnościach ropotwórczych lasecznika tyfusowego. Warszawa 1893. (Odbitka z Pamiętnika Tow. lek. warsz.).

L. Guranowski: O ostrem zapaleniu ucha średniego w przebiegu influency. Warszawa 1893. (Odbitka z *Medycyny*).

Sprostowanie. W artykule Dra Wachholza w nrze 1. z b. r., str. 4, szp. II., w. 14 od góry zamiast »równe i zgęszczone«, powinno być »równego zgęszczenia«.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie p. Swiderskiej p. t. Zakopane.

Izba lekarska w Krakowie.

Odezwa.

Izba lekarska w Krakowie na posiedzeniu odbytem dnia 4. listopada 1893 postanowiła na pokrycie potrzeb Izby za r. 1894 opłatę w kwocie czterech złr. w. a. przez każdego lekarza uiścić się mającą w ciągu pierwszego półrocza tegoż roku.

Zawiadamiając o tem postanowieniu wszystkich P. T. lekarzy, w okręgu Izby lekarskiej krakowskiej stałą siedzibę mających, wzywam Ich niniejszem uprzejmie, aby powyż wzmiankowaną opłatę w oznaczonym terminie złożyli na ręce podskarbiego Izby **prof. Dra Łazarskiego** (Kraków, ul. Starowiślna Nr. 8).

Zarazem wzywam tych P. T. lekarzy, którzy dotychczas opłaty (dwa złr. w. a.) za drugie półrocze r. 1893 na rzecz Izby lekarskiej nie złożyli, aby takową w jak najkrótszym czasie na ręce podskarbiego Izby nadesłali.

Kraków, d. 13. stycznia 1894.

Prof. Dr. M. Jakubowski
prezes Izby lek. w Krakowie.

70—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 20. Stycznia 1894 r. Nr. 3.

PRZEGLAD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny. 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

†

Prof. Maurycy Jelita Madurowicz.

Maurycy Jelita Madurowicz, urodzony w r. 1831 dnia 16. Września w Kołomyi, był synem Walentego i Józefy z Hamplów. Pierwsze nauki i gimnazyum ukończył we Lwowie. Do uniwersytetu zapisał się w Krakowie, gdzie uczęszczał przez dwa lata a później przeniósł się do Wiednia, gdzie też otrzymał w roku 1855 dyplom doktora medycyny a w roku 1856 dyplomy doktora chirurgii i magistra położnictwa. Po otrzymaniu tych stopni jął się pracy zawodowej, kształcąc się w położnictwie i ginekologii a otrzymawszy posadę asystenta katedry tych przedmiotów, zajmował ją przez lat sześć w klinikach Gustawa i Karola Braunów. W Wiedniu należał do grona Polaków, którzy się równocześnie w uniwersytecie wiedeńskim dobijali sławy i stanowiska, aby z naukowemi zdobyczami powrócić do kraju.

Wezwany przez ś. p. prof. Dietla, opuścił zdobyte stanowisko, ustaloną sławę i rozległą praktykę w Wiedniu i habilitował się w Krakowie w r. 1862 w grudniu, jako docent prywatny położnictwa i ginekologii, gdzie niemałym bodźcem dla Niego było zaprowadzenie języka polskiego, jako wykładowego. W rok niespełna, bo w Październiku r. 1863. po ustąpieniu prof. Kwaśniewskiego, został mianowany profesorem zwyczajnym. Równocześnie objął obowiązki prymaryusza oddziału III-go szpitala św. Łazarza, w którym mieścił się podówczas także oddział dla chorych dzieci i podrzutków.

Zawód nauczycielski w trudnych bardzo rozpoczął okolicznościach, mając do rozporządzenia w szpitalu św. Łazarza kilka nędznych pokoików, przerobionych z cel klasztornych, w których mieściła się klinika położnicza dla medyków i dla położnych. Wykłady teoretyczne miewał zaś w *Collegium minus* w pierwszej sali na prawo na dole, gdzie dzisiaj pomieszkanie bedela. Lat ośm czynił starania, zanim uzyskał obecną, tymczasową klinikę położniczo-ginekologiczną, z byłego mieszkania ś. p. prof. Brodowicza przerobioną.

W nowo urządzonym zakładzie otwarto za jego staraniem pierwszą w Krakowie klinikę dla chorób kobiecych w tych okolicznościach, w jakich jest do dnia dzisiejszego. W tej klinice pracował lat 23; nie był z niej jednak zadowolony i starał się u Rządu, by klinikę tymczasową pomieszczono stale w gmachu umyślnie na ten cel zbudowanym, doznał jednak odmowy. Wobec tego starał się dalej, aby przynajmniej uzyskać barak dla rozszerzenia szczupłej kliniki, a gdy i to go zawiodło, zaniechał dalszych kroków. Jak niema wątpliwości, że

dzisiejsze pomieszczenie i urządzenie kliniki nie odpowiadają wcale wymaganiom nauki, to przecież ś. p. prof. Madurowicz mógł się pochlubić tem, że mimo to rezultaty Jego lecznicze wcale nie o wiele ustępowały tym, jakie wykazują najlepiej urządzone kliniki, co tylko swej wytrwałości, sprężystości i wiedzy miał do zawdzięczenia.

W roku szkolnym 1867/8 wybrano go dziekanem Wydziału lekarskiego, w roku 1878/9 ponownie; w roku 1880/1 został z wyboru Rektorem Uniwersytetu Jagiell. W latach 1875/6 i 1882/3 był komisarzem rządowym przy egzaminach ścisłych lekarskich. Od roku 1858 był członkiem Tow. lekarskiego wiedeńskiego, od roku 1864 członkiem Tow. naukowego w Krakowie; w roku 1865 wybrany został członkiem Tow. lek. warszawskiego, w roku 1866 członkiem nowopowstałego Tow. lek. krakowskiego, którego prezesem był w roku 1868 a w roku 1887 został członkiem honorowym; od roku 1870 był członkiem Towarzystwa lekarzy bukowińskich w Czerniowcach, nadto członkiem honorowym Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie W roku 1887 otrzymał order Korony żelaznej III. kl. a od roku 1889 był członkiem i prezesem powstałego w Krakowie pierwszego polskiego Towarzystwa ginekologicznego i był duszą jego aż do dni ostatnich przed niemocą, która go do łoża przykuła. Przez lat kilka po założeniu i obecnie od lat kilkunastu był członkiem Komisyi redakcyjnej *Przeglądu lekarskiego* i żywy w jej pracach brał udział.

W ostatnim roku czując już może wpływ choroby, która go życia pozbawiła, czasami w chwilach zmęczenia mówił o ustąpieniu z katedry i usunięciu się w cichy zakątek prywatnego życia; skoro się jednak czuł zdrowszym, roił plany na przyszłość w dziedzinie nauki i rozwoju kliniki.

Czynność jego naukowo-nauczycielską należy podzielić na dwa okresy. W pierwszym z nich zdobywał sobie imię i sławę tak znakomitymi wykładami, jak i znakomitemi pracami. Okres ten płodny trwał aż do czasu nieszczęścia rodzinnego, które mu życie złamało. Do tego czasu odnoszą się głównie jego prace drukiem ogłoszone.

Umwandlung einer Gesichtslage in eine Beckenendlage unter dem Gebrauche der Kolpeuryse. — Allgemeine Ergebnisse an der geburtshülflichen Klinik des prof. C. Braun im J. 1858. — Ergebnisse an der geburtshülflichen Klinik v. J. 1859. — Ergebnisse an der geburtshülf. Klinik im J. 1860 sammt Kasuistik. — Lebercirrhose, Varices des Oesophagus, tödtliche Blutung aus denselben bei Gebärenden. — Powstawanie i rozpoznawanie przepukliny krwawej (praca habilitacyjna). — O przebiegu i leczeniu przepukliny krwawej. — Przypadek sądowo-położniczy. — Miednica ścieśniona, niepomiarowa, wskutek zniekształcenia kręgów lędźwiowych. — Niektóre uwagi nad zaśniadem groniastym. — Kilka słów o przypadku ciąży zamacicznej brzusznej. — Przypadek wypadnięcia łożyska. — Cięcie cesarskie na kobiecie żywej. — Śmierć noworodka z zadzierzgnięcia pępowiny około szyi.— Wyparcie kawałka martwego pęcherza po odprowadzeniu odchylonej macicy ciężarnej. — Ausstossung eines necrotischen Stückes Harnblase nach Reposition einer retrovertirten schwangeren Gebärmutter.

W roku 1868 ożenił się z Panną Saarowną, która mu powiła syna; niedługo cieszył się jednak życiem rodzinnem, gdyż w rok po zawarciu węzłów małżeńskich utracił żonę i dziecko. Cios ten złamał Jego życie i na inne wprowadził Go tory, co też wywołało decydujący wpływ na Jego czynność naukową. Od tego czasu poczyna się drugi okres, w którym mniej o Nim słychać w piśmiennictwie; od tego czasu stał się nieczułym na rozgłos i sławę. Myliłby się jednak ten, ktoby sądził, że ostygł w pracy; przeciwnie podwoił czynność swoją, spokojną, mrówczą, ciągłą i wytrwałą. Nie zasklepił się, by szukać w pracy egoistycznego zadowolenia i dociekać zawikłanych zagadnień, ale jął się jej dla cierpiącej ludzkości, dla dobra swych uczniów, dla wychowanków naukowych, dla polskiej nauki i dla kraju. Czy taki zwrot był korzystny? niech odpowiedzą na to życiorysy takich ludzi, jak Trousseaux, Oppolzer i innych, którzy sami mało pisząc, jako nauczyciele wytworzyli cały szereg pracowników na polu naukowem i praktycznem a temsamem bardzo przysłużyli się ludzkości.

W poczuciu spełniania obowiązków był dla siebie nieubłaganym; spełnienie obowiązku było dla Niego pierwszem zawsze zadaniem.

Stanowisko nauczycielskie przekładał nad wszystko inne i praktykę lekarską prywatną wykonywał tylko w chwilach wolnych od zajęć obowiązkowych a w dalsze okolice kraju na narady lekarskie wzywany, jeździł tylko w dnie wolne od wykładów, świąteczne lub nocą. Na wszelkich posiedzeniach i zgromadzeniach, na których z urzędu czy też podjętego obowiązku być był powinien, nigdy Go nie brakowało.

Z anielską istotnie cierpliwością wprawiał do swego zawodu uczniów i był niezaprzeczenie najlepszym i najpilniejszym nauczycielem z tych, którycheśmy kiedykolwiek znali. Co więcej, powiedzieć śmiało możemy, że nie spotkaliśmy w żadnym uniwersytecie uczniów, którzyby byli równie, jak krakowscy wyćwiczeni w położnictwie i ginekologii.

Wspomnieliśmy wyżej, że w drugim okresie swego działania nie był tak głośnym w piśmiennictwie, ale głośniejszą się stała klinika krakowska, głośne i znane w piśmiennictwie naszem i zagranicznem prace, które nie pod Jego, lecz uczniów Jego imieniem pojawiły się w druku. We wszystkich niemal tych pracach było Jego tchnienie, nie jedna myśl Jego w nich się ukrywała.

Wobec swoich najbliższych uczniów, asystentów był zawsze bardzo serdeczny, wylany, koleżeński i darzył ich swem zaufaniem. Chwalić nie miał zwyczaju, częściej ganił, nie zachęcał, ale oddawał swym wychowankom wszystko, co klinika pod względem naukowym posiadała i nie szczędził rad, uwag i pomocy moralnej, gdy który chciał pracować. Wytworzył też szereg pracowników

zawodowych, z których wszyscy albo poważne zajęli stanowiska albo są na drodze do nich. Sam usuwając się na plan drugi, troszczył się o rozgłos swych uczniów i dbał o ich powodzenie tak, że wreszcie mówiono, że lepiej być uczniem Madurowicza, niż samym Madurowiczem.

Obejście Jego nie licowało zupełnie z Jego wewnętrznym serdecznym nastrojem. Na pozór milczący, nieprzystępny i zamknięty w sobie, był wylany i serdeczny dla wszystkich, którzy go otaczali. Dziwną posiadał delikatność uczuć i tkliwość serca, i aby się z tem nie zdradzać szczególniej w obec obcych, przybierał pokrywę zewnętrznego chłodu. Pełen był szlachetnych i podniosłych uczuć; uwielbiał wszelkie piękno i wszystko co nosiło cechę zacności i szlachetności. Z uczniami nietylko dzielił się zasobami moralnymi, ale często, gdzie tego było potrzeba, spieszył z pomocą materyalną, nieraz bardzo hojną i wówczas o to mu tylko chodziło, by obdarowany o tem nie wiedział. Jako kolega był wzorem koleżeńskości; godność lekarską cenił bardzo. Kochany też był szczerze przez wszystkich, którzy z nim kiedykolwiek w styczności zostawali, a najlepszym tego dowodem była dwudziestopięcioletnia uroczystość jubileuszowa Jego nauczycielskiego zawodu, która odbyła się w Auli Uniwersyteckiej w roku 1888. dnia 14. Stycznia. Takiej uroczystości sztuką nie stworzyć, bo to była prawdziwie serdeczna biesiada. Przed Jubilatem stanęli wszyscy koledzy, stanęli jak jeden mąż byli asystenci i z całego kraju gęsto po nim rozsiani uczniowie. Brakowało tylko tych, których śmierć wyrwała lub choroba do łoża przykuła.

Jako lekarz był chorym oddany bez względu na dostojeństwo osoby chorej i nie opuścił biednej chorej klinicznej dla osoby najwyżej położonej, jeżeli go ta pierwsza potrzebowała. Jako zasadę wypowiadał, że należy używać środków zawsze najłagodniejszych, a gdy te nie prowadzą do celu, imać się energiczniejszych; w razach wątpliwych zaś radził wybierać ten sposób, któryby się wybrało, gdyby szło o własną żonę. Sława jego jako lekarza sięgała daleko a znany był głównie z czasów pobytu w Wiedniu, gdzie wówczas jako w kolebce modnego położnictwa, które zreformował Karol Braun, gromadzili się lekarze z całego świata. Ś. p. Madurowicz słynął między nimi swą wiedzą i zręcznością operacyjną; to też do lat ostatnich słyszeliśmy zdanie, że wielu uczonych niemieckich uważało go za najdzielniejszego położnika operatora.

W życiu prywatnem otaczał się swymi uczniami i kolegami, lgnąc duszą i sercem do krewnych. Pamięć żony szanował bardzo i żył jej wspomnieniami; rok rocznie sam ubierał w dzień zaduszny grób żony na cmentarzu własnoręcznie a rok ubiegły był pierwszym, w którym złożony niemocą zrobić tego niemógł. Odkąd go pamiętamy, nigdy o swej żonie nie wspominał w obec drugich, nikt się przy nim mówić o niej nie ośmielał, a gdy to się zdarzyło przypadkiem, nieznacznie usuwał się z towarzystwa.

Życie jego codzienne było systematyczne, ale nadzwyczaj skromne i surowe; wszędy hojny, często rozrzutny dla drugich, sam się zadowalniał tem, co najskromniejsze.

Podczas kursów uniwersyteckich oddany był cały, nauce i swemu zawodowi; święta doroczne spędzał w gronie krewnych, wakacye poświęcał na wycieczki naukowe, a co mu czasu wolnego zostawało, obracał na spacerowe wycieczki po kraju i zagranicy.

Jako obywatel był zawsze gotów do pełnienia obowiązków obywatelskich i spełniał je zawsze punktualnie.

Zeszłego roku w wakacye wyjechał do Badenu, zkąd w pierwszych dniach Września powrócił cierpiący do Krakowa, gdzie ciężką chorobą złożony już więcej nie powstał i zmarł dnia 12. Stycznia b. r.

Zgasł przedwcześnie dla Uniwersytetu, nauki, dla kraju i tych, którzy go szczerze wielbili.

Prof. Dr. Mars.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał

Dr. Antoni Gabryszewski,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

To prawie zawsze i prawie bez wyjątku wygląda trochę niepewnie i dziwnie; to też chciałbym na tem miejscu załatwić się z tą sprawą, która dała powód do wielu nieporozumień i sprzeczności.

Są zatem przypadki, w których pomimo wszystkich przymiotów właściwych roczynu i techniki należytej kokaina zawodzi.

W literaturze znajdziemy sporo zdań wykluczających z pod działania kokainy pewne okolice, pewne cierpienia lub pewne indywidua.

Nie dziwię się Amerykanom (Malthe, Roberts, Varick)[1], gdy się im nie powiedzie wykonanie resekcyi stawu biodrowego i szczęki górnej lub amputacyi uda bez bólu w kokainie, bo to jest przesadzone; jednakże wyrażano się tak niekorzystnie i o pewnych drobnych operacyach. Sam Wölfler długo nie miał pewności co do działania kokainy w tkankach zapalnych, aż się przekonał w końcu o prawdziwym stanie rzeczy (*Centralbl. für Chir. 1890 14*). Kaposi (Lustgarten)[2] nie widział skutku w liszaju żrącym, Link[3]) w zastrzałach i paznogciach wrosłych, również (?) Reclus i Wall[4]),

[1]) New York. medic. Journ. XLIII. Nr. 8.
[2]) Wien. med. Wochschr. 1887. Nr. 12.
[3]) Wien. med. Wochschr. 1888 r.
[4]) Revue de Chirurgie 1889. 2.

Pernice[1]) twierdzi, że kokaina wogóle w tkankach zapalnych nie działa. Ulbrich[2]) Spitzer[3]) i wielu innych odmawia jej skuteczności w zębach; same zdania ludzi poważnych a jednak niektóre wprost śmieszne, jeżeli przypomnę tylko wrastanie paznogcia *(unguis incarnatus)*, w którem bez wyjątku ma się najidealniejsze znieczulenie.

Że tkanki zapalne do znieczulenia są trudniejsze, choćby dlatego, że są boleśniejsze, to słuszne twierdzenie; błędnem jednak jest mniemanie, jakoby ich nie można było znieczulać. Jedynie w liszaju żrącym *(lupus)* jest coś szczególnego; często znieczula się trudno lub niedokładnie, ale to nie zależy od tkanki, tylko od indywidualności chorego; u chorych z liszajem żrącym zwykle i narkozy są gorsze.

Indywidualność chorych jest główną i najważniejszą okolicznością w takiem lub owakiem działaniu alkaloidu. Już Chiari[1]) zwrócił na to uwagę i bardzo słusznie. Idyosyn-

[1]) Wien med. Wochschr. 87.

krazya do kokainy objawia się nietylko co do miejscowego znieczulenia (gdzie jest prawdziwą rzadkością), ale we wyższym jeszcze stopniu co do odczynu ogólnego i w tem leży jedna z przyczyn tak dziwnych i niezgodnych wieści o zatruciach kokainą.

Do zatruć powrócę jeszcze; teraz, by nie zbaczać z wytkniętej drogi, chciałbym wspomnieć jeszcze o innych przyczynach, które osłabiają lub niweczą działanie kokainy. Są przecież przypadki, w których nie tylko jest bardzo trudno, ale wprost nie warto stósować kokainy. I tak n. p. przychodzi chory do nas z ropniem, który przez zaniedbanie lub wskutek umyślnego lekowania przez domowych i dyplomowanych kapłanów Eskulapa znajduje się w ostatnich chwilach swego przykrego żywota, krótko mówiąc, z ropniem, który już ma pęknąć. Znieczulenie ścieńczałej skóry jest czasami po prostu niemożebne; nadto wstrzykiwanie kokainy sprawiłoby choremu niekiedy tyle bólu, co krótko trwające przecięcie. Wbijając igłę w ropień nietylko nie otrzyma się znieczulenia, ale sprawi się choremu ból i to znaczny przez powiększenie parcia cieczy, razem wziąwszy skutek bardzo niemiły. Podobnie ma się rzecz z ropniami okołozębowymi; zamiast pomocy, nadzwyczajne powiększenie bólu. (Znieczulenie w takich razach jest rzeczywiście trudne i wymaga znacznej wprawy; jak sobie w tych trudnych radzić przypadkach, powiem w innem miejscu). Inaczej znowu ma się rzecz tam, gdzie mamy skórę podminowaną, owrzodziałą, licznemi przetokami przedziurawioną, jak to bywa czasem w gruźlicy, promienicy i t. p. Tam każda kropla wstrzyknięta wypływa i nigdy nie jest się pewnym skutku.

Oprócz skóry znieczulać można kokainą wszelkie tkaniny, gdzie się tylko da zastrzyknąć, a więc głębsze warstwy mięśniowe, guzy, gałkę oczną w razie wyłuszczenia, okostną i rozmiękłe kości, zęby, stawy i t. d.

Wspominałem już, jak się w tem stósowaniu kokainy ponad wszelką miarę zagalopowali szczególnie Amerykanie, a trzeba przyznać, że wyniki mieli niezłe, choć nie doskonałe (Corning, Roberts, Varick). Dziwić się niema czemu. Kość przy amputacyach boleć musiała, bo w kość prawidłową żadnej igły wbić nie można; natomiast kość chorobowo zmienioną, rozmiękłą, jak to zwykle bywa w gruźlicy, znieczulić można wybornie, jak się o tem niejednokrotnie przekonałem. Małe kości n. p. członki palców, kości nadgarstka, zęby, dadzą się znieczulić, jeżeli się dokładnie w okostnę i najbliższe otoczenie zastrzyknie rozczyn kokainy. Conway[1]) w Ameryce używał rozczynu kokainy do znieczulania złamań a nawet zwichnięć i to z bardzo dobrym skutkiem. To samo twierdzą Reclus i Wall a Lorenz[2]) zaleca kokainę w spastycznych kontrakturach stawów. Jakkolwiek w tym względzie nie mam doświadczenia, rzecz ta nie wydaje się ani złą ani nieprawdopodobną.

[1]) Deutsch. med. Wochschr. 1890. r. 14.
[2]) Centralblatt f. Chir. 1885.
[3]) Wien med. Wochschr. 1887. 6.

Najciekawsze ze wszystkich są sprawozdania co do zębów. Dentystyka, która rychło jęła się nowego środka (Ulbrich[3]), C. H. Shears, P. Horton) równie prędko starała się go usunąć. Bijąc na alarm przed niebezpieczeństwem, ogłaszali cały szereg zatruć nawet śmiertelnych Bock[4]) Hänel[5]), Hallopeau[6]) i t. d. Panika ta owładnęła tak bardzo adeptów tej sztuki, że do dnia dzisiejszego w przodującej innym szkole berlińskiej kokaina jest środkiem zabronionym i skazanym na stałe wygnanie a w niektórych podręcznikach farmakologicznych zakaz użycia kokainy do operacyj na głowie zaopatrzono w potężny wykrzyknik. A jednak wyjęło się w naszej klinice w ostatnich latach kilkaset zębów i nie doczekało się ani jednego poważniejszego zatrucia.

Co do samego znieczulenia, to nie da się zaprzeczyć, że jest ono w chorobach zębów i trudniejsze i nie tak pewne i nie zawsze zupełne; w każdym razie jednak jest znaczna ulga, a i w najgorszych przypadkach wybitne zmniejszenie bolesności przy wyrywaniu.

Zanim przejdę do dalszych uwag praktycznych, chciałbym poruszyć jednę jeszcze stronę działania kokainy, jako kwestyę do dnia dzisiejszego nie załatwioną.

Podobnie jak zdania co do ogólnego wpływu na ustrój naszego środka są najzupełniej sprzeczne (Mantegazza, Marvaud, Demarle, Fronmüller, Freud, Ugolino Mosso, Erlenmeyer i t. d.), tak też i w sprawie działania miejscowego kokainy nie ma zgody. Ogólnie przyjmuje się jako pewnik, że kokaina poraża obwodowe zakończenia nerwów czuciowych (Rossbach, Anrep, Bernatzik i Vogl), przez co powstaje w danym zakresie znieczulenie, że znieczulenie to w razie wstrzyknięcia 3—5$^0/_0$ rozczynu zajmuje 2 albo 3 cm.^{2} (wielkość pięciomarkówki) jako anestezya zupełna a w obwodzie kilku jeszcze cm.^{2} jako obniżenie czucia (Wölfler 1885).

Czy też kokaina nie działa także na pnie nerwowe?

Doświadczeń w tym względzie nie ma wiele, chociaż sprawa wydaje się wielce zajmującą i uwagi godną. Mimo całej staranności w przejrzeniu właściwego piśmiennictwa, udało mi się wyszukać tylko dwie prace, które z całą pewnością wypowiadają zdanie w tej kwestyi: Corning[3] i Łukaszewicza[7]) (czy Lukaschewitscha). Nawet Feinberg[8]), który tak wiele doświadczeń przeprowadził na zwie-

[1]) Centralblatt f. Chir. 1886.
[2]) Centralblatt f. Chir. 1889.
[3]) Centralblatt f. Chir. 1885.
[4]) Centralblatt. f. Chir. 1886.
[5]) Berl. klin. Wochschr. 1888. Nr. 44.
[6]) Centralblatt. f. Chir. 1891.
[7]) Arzneimittellehre Bernatzik i Vogl.
[8]) Berl. klin. Woch. 1886.

rzętach, milczy o tem. Autorowie wymienieni ogłosili wprost przeciwne wyniki; Corning mianowicie twierdzi, że na pnie nerwowe kokaina bezwzględnie nie działa, Łukaszewicz zaś na mocy wielu doświadczeń na samym sobie i drugich dochodzi do przekonania, że znieczulenie pni nerwowych jest możebne. Mówi on, że jeżeli się wstrzyknie kokainę w bezpośrednie sąsiedztwo jakiegoś większego nerwu skórnego, występuje znieczulenie nie tylko miejscowe, ale w zakresie całego obwodowego rozgałęzienia danego nerwu. Twierdzenie to zdawały się popierać zarówno korzystne wyniki otrzymane w bólach nerwowych czyli neuralgiach (Wölfler i inni) jako też ogłoszenie Hochstettera[1]), który z pomocą kokainy zupełnie bezboleśnie przeciął nerw podoczodołowy *(neurotomia infraorbitalis m. Billroth)*.

Aby się przekonać, gdzie jest prawda, przeprowadziłem kilka umyślnych doświadczeń a zarazem badałem od czasu do czasu wielkość obszaru znieczulonego w rozmaitych operacyach. Już bowiem dawno zwrócił moją uwagę przypadek, w którym po znieczuleniu ograniczonego ogniska gruźliczego na dolnym końcu promienia wystąpiło zdrętwienie i znieczulenie całego palca wielkiego. Podobnych przypadków widziałem potem kilka, gdym zaczął zajmować się tym przedmiotem i czynić w tej mierze spostrzeżenia.

Celem wyjaśnienia tej okoliczności robiłem próby na zdrowych; postępowałem zaś w sposób następujący: W okolicy stawu łokciowego tam, gdzie nerw łokciowy *(n. ulnaris)* przewija się poza kłykciem wewnętrznym, zastrzykiwałem pod kontrolą macającego palca 3—6% rozczynu kokainy naokoło wspomnianego nerwu. Znieczulenie miejscowe było najdoskonalsze; nerw niejako pławił się w mocnym rozczynie alkaloidu. Zrazu pień nerwowy odpowiadał na ucisk palca, jak nerw prawidłowy, pewnym rodzajem bólu miejscowego a mrowieniem w zakresie swych rozgałęzień. Po kilku minutach miejscowo nie można już było wywołać żadnego uczucia a na całej łokciowej stronie przedramienia i małym palcu u ręki zjawiło się zdrętwienie i znaczne zmniejszenie czucia dotyku i temperatury (*anaesthesia dolorosa*). Im mocniejszego użyłem rozczynu, tem wybitniej występowały te objawy. Znieczulenia bezwzględnego tak, jak w miejscu wstrzyknięcia, otrzymać jednak nie zdołałem. Wchodzić w bliższe szczegóły nie mogę ze względu na cel niniejszej publikacyi; tłómaczę zaś sobie zjawiska te w ten sposób, że nerwu tej grubości nie można było dokładnie kokainą przeniknąć (infiltrować); znieczuliły się tylko jego włókna powierzchowne i jego własne unerwienie (*nervi nervorum ?*). Im cieńszy nerw, tem łatwiejsze powinno być jego znieczulenie. W każdym razie nie tylko zakończenia nerwowe, ale i włókna i pnie ulegają wpływowi kokainy. Czy można jakieś nowe wnioski oprzeć na tych doświadczeniach, czy da się z nich odnieść jakie praktyczne korzyści bodaj w celach chirurgicznych — nie przesądzam wcale.

Zkąd się wzięło mniemanie i to nie odosobnione, że kokaina może wywoływać miejscowe zboczenia tego rodzaju, jak obumarcie tkaniny, upośledzenie rychłozrostu i t. p., tego zaprawdę pojąć nie umiem. Jeden z pierwszych, który tego środka używał podskórnie, F. Verchère[2]), twierdzi, że w razie znieczulenia miejscowego, zresztą zupełnie dobrego, *prima intentio* należy do rzadkości. Winę tego przypisuje obrzękowi, jaki wciskany płyn wywołuje (mógłby o tem powiedzieć coś Schleich[1]), który pod skórę po kilkadziesiąt strzykawek wbija i zalewając formalnie swym rozczynem tkaniny cieszy się najidealniejszymi rychłozrostami). Frey[2]) (z oddziału Mosetiga-Moorhofa) wspomina, że przy wyłuszczaniu kaszaków (2 przypadki) nie otrzymał rychłozrostu z powodu obumarcia brzegów rany a przypisuje to znowu wpływowi kokainy na nerwy naczynioruchowe. I Hillischer[3]) oświadcza wyraźnie, że kokaina źle wpływa na gojenie się ran i łatwo sprowadza zgorzel tkanek. Przyznaję się, że bezwarunkowo nie umiem sobie wytłómaczyć tego działania; sam go, co prawda, nigdy nie widziałem. Skoro bez kokainy mogą obumrzeć brzegi rany, to zapewne i z kokainą; ale co do rychłozrostu, to niech siebie raczej ci panowie obwinią, bo jeżeli działa kokaina w jakikolwiek sposób, to zdaje się właśnie przeciwgnilnie[4]), a jeżeli i ona nie przeszkodziła ropieniu, to już musiały być rany bardzo zakażone.

Jakiej kokainy należy używać do znieczulania?

Wyliczać wszystkie przetwory kokainy i przechodzić te, które kiedykolwiek zalecano, za wiele zabrałoby miejsca. Dziś używamy wyłącznie jednej soli t. j. chlorku kokainy (*cocainum hydrochloricum s. muriaticum*), który się najłatwiej rozpuszcza we wodzie i najlepiej skutkuje. Muszę jednak przy tej sposobności zwrócić uwagę, że nie każdy przetwór działa równie dobrze; są różne fabryki i różne wyroby. Kładę na to szczególny nacisk, bo się niejednokrotnie i dobitnie przekonałem, że niektóre przetwory kokainy (n. p. Boehringera z Sztutgartu) działają bardzo niepewnie. Nie wiedząc jeszcze o tem, miałem całe okresy, gdzie mi się znieczulenie nie udawało; zwróciło to moją uwagę i nakoniec nabrałem pewności, że tu firma odgrywa rolę. (Wyrobów fabryki Parke, Davis i Spki nie znam). Najlepszą kokainę wyrabia Merck z Darmsztadtu. O tem trzeba pamiętać i wyraźnie żądać jego firmy przy zapisywaniu leku.

W jakiej postaci i w jaki sposób stósuje się kokainę, zależy od miejsca i rodzaju cierpienia. Stósowano ją już w formie proszku, maści (Schnitzler[5]), Stein)[6]), lub czopka (Bettelheim)[7]), lecz są to rzeczy wielce nie praktyczne. Rozczyny są najodpowiedniejsze, a używa się wodnych i wyskokowych. Rozczyny wyskokowe potrzebne są tylko do błon śluzowych; mają bowiem lepiej znieczulać a szybciej i głębiej przenikać, z drugiej strony przykre są z powodu działania drażniącego. Do wstrzykiwań podskórnych najlepsze są czyste roztwory wodne. Wszelkie przymieszki mające na celu nadanie rozczynowi kokainy większej trwałości są niepotrzebne, gdyż czysty chlorek kokainy przechowuje się bardzo dobrze.

---

[1]) Wien. med. Wochens. 1887. r. Nr. 46.
[2]) France médicale 1885 r.

[1]) Berl. klin. Woch. 1891. 51. i XXI kongres chirurgów niem. 1892 r.
[2]) Wien. med. Wochs. 1887. Nr. 15.
[3]) p. Pernice Deut. med. Wochs. 1890. 14.
[4]) W ostatnich czasach robił w tym względzie doświadczenia Dr. Łepkowski i doszedł do przekonania, że kokaina jest wcale dzielnym antyseptykiem.
[5]) Wiener med. Presse 1885.
[6]) Deut. med. Wochschr. 85. r.

Do mięszanin takich zalecano glicerynę (Schnitzler[1]), sublimat (Dazier[2]), kwas salicylowy (Maudin[3]), kwas borowy (Squibb)[4]), a nawet kwas karbolowy (Lustgarten-Kaposi)[5]); (tego ostatniego połączenia nie zaleca się już z tego powodu, że kwas karbolowy wydziela kokainę); wreszcie kamforę, sól kuchenną i t. d. Najlepiej będzie, jeżeli się zawsze użyje świeżych rozczynów; można je przepisywać w mniejszych ilościach i nie trzymać dłużej, niż miesiąc; można też je sobie samemu przysposobić za każdym razem. Dodatek soli kuchennej w fizyologicznym roztworze ma ten dobry skutek, że czyni wstrzykiwanie zupełnie niebolesnem, co ma znaczenie szczególnie dla pierwszego wkłucia.

Moc rozczynu zależy ściśle znowuż od tego, gdzie ma się operować, jakoteż w jak wielkim obszarze. Do znieczulenia błony śluzowej (przez pomazanie) potrzebne są mocniejsze rozczyny: 10—20%, do wstrzykiwań podskórnych najzupełniej wystarcza rozczyn 3%. Za pomocą rozczynu 3% kokainy możemy otrzymać w każdem miejscu doskonałe znieczulenie; mocniejsze rozczyny są do użytku zwyczajnego bezwzględnie niepotrzebne. Jestem przekonany, że najczęściej wystarczyłyby rozczyny 2% a nawet 1%; czasem jednakowoż zawodzą t. j. nie dają znieczulenia zupełnego.

Jaki procent alkaloidu ma się wybrać, rozstrzyga też wielkość obszaru przeznaczonego do znieczulenia a nadto, chociaż w mniejszym stopniu, rodzaj i stan tkanki, którą się ma operować. Im większym jest obszar, na którym ma się ciąć, skrobać lub przyżegać, tem więcej cieczy wstrzyknąć należy a (skoro tylko pewną ilość alkaloidu wolno wprowadzić do ustroju), tem słabszego trzeba użyć rozczynu.

Ile czystej kokainy można do ustroju wprowadzić, wiemy z każdego podręcznika farmakologii: około 5 cg. (0,05). Rozumie się tu człowieka dorosłego; u dziecka wogóle alkaloidy źle działają; przeto należy być bardzo ostrożnym i dawkę obniżyć jak najbardziej t. j. do 1 cg. (0,01). Ale kokaina to bardzo niestały środek; na jednych działa okrutnie w maleńkich, na drugich dopiero w ogromnych ilościach.

Jak wielkie są te różnice, świadczą najlepiej sprawozdania z przypadków zatrucia kokainą, których już spora istnieje liczba. Sprawozdania te stanowią z pewnością małą tylko cząstkę liczby zatruć rzeczywistych, ale za to pewnie najwybitniejszą ze względu na osobliwość i rzadkość przypadków nieszczęśliwych. Podzielić je można na zatrucia ciężkie i śmiertelne. Najmniejszą dawką, po której spostrzegano objawy ciężkiego zatrucia, był 1 cg. (0·01) wkroplonej do oka kokainy u 12 letniego dziecka (?) (Mayerhausen). Największa dawka, po której nieznaczne tylko wystąpiły zboczenia, wynosiła półtora grama (1,5) kokainy, które jakiś aptekarz zażył wewnętrznie (Ploss).

Przeważna ilość cięższych zatruć wystąpiła po użyciu 0,06—0,2 gr. kokainy, chociaż niejednokrotnie była dawka znacznie większa. Istotnie dziwić się należy, że ludzie, którzy ogłaszali wielkie liczby przypadków operowanych pod kokainą, mogli zalecać tak ogromne dawki jako nieszkodliwe, jakie drugich o nieszczęśliwe przyprawiały doświadczenia (nawet Reclus dozwala wstrzykiwać podskórnie do 0,15 gr.). Co do siebie, widziałem szczególnie z początku kilka zatruć po dawkach już o wiele mniejszych i w najkorzystniejszych okolicznościach nie odważyłbym się przekroczyć 0,10 gr. kokainy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Wien. med. Presse 84.
[2]) Bulletin therap. Nr. 84.
[3]) Annales des maladies de l'oreille 1885.
[4]) Journ. de madel. chir. J. phann. 85. decembre.
[5]) l. c.

III. Kilka uwag o leczeniu ropnego zapalenia ucha środkowego.

Napisał
Dr. Stefan Schoengut.

Artykuł K. Koehlera p. t.: *Czy leczenie suche przy otitis media purulenta ma racyę bytu?*, zamieszczony w *Nowinach lekarskich* 1893., zeszyt 10, zachęca mnie do wypowiedzenia kilku uwag, tyczących się roztrząsanego tamże przedmiotu. Autor wymienionego artykułu powiada, że każde zapalenie ucha środkowego ma swoiste cechy i, że wybór środka musi być dla każdego przypadku z osobna zastósowany. Na to można tylko zgodzić się, jak również przyznać trzeba, że używanie środków sproszkowanych a nierozpuszczalnych w ogóle nie daje tu dobrych wyników. Z nich dermatol, jako bardzo osuszający, w kilku przypadkach okazał mi się nawet wprost szkodliwym tak, że zarzuciłem go zupełnie. Inaczej, mojem zdaniem, rzecz ma się z kwasem borowym sproszkowanym, który K. widocznie potępia w jednym rzędzie z nierozpuszczalnymi środkami. Co do tego leku, następujące uczyniłem spostrzeżenia: stósowanie go w postaci bardzo miałkiego proszku w ostrych zapaleniach ropnych ucha środkowego daje prawie zawsze lepsze wyniki od wszystkich innych tu zalecanych środków. Należy tylko uwzględniać pewne okoliczności; i tak n. p. nie używać kw. borowego bezpośrednio po przebiciu błony bębenkowej, kiedy zazwyczaj jeszcze utrzymują się gwałtowne, ostre objawy. Gdy otwór w błonie jest zbyt mały, również zaniechać trzeba tego leczenia; chociaż w niektórych przypadkach nastąpić może z innych powodów konieczność sztucznego rozszerzenia otworu perforacyjnego, poczem znów ze skutkiem wdmuchiwać można kwas borowy. Tak więc w pewnych okresach ostrego ropnego zapalenia środek ten okazał mi się najcenniejszym lekiem. Co do przewlekłego ropotoku, to w formach niepowikłanych kwas borowy, co najmniej, nie gorsze od innych oddaje usługi; a jeśli często nie prowadzi do szybkiego wyleczenia, to przyczyna tkwi raczej w uporczywości choroby, która i pod wpływem innych, czy stałych czy płynnych leków niełatwo ustępuje. Stósowawszy najrozmaitsze sposoby leczenia w całym szeregu przypadków, wróciłem znów do kwasu borowego sproszkowanego, słusznie zalecanego przez Bezolda. Jasną jest rzeczą, że tam, gdzie na tle przewlekłego ropienia wytworzyły się ziarniny, polipy albo *caries* szerzy się, po tym sposobie leczenia niczego spodziewać się nie można i stósować tu będziemy jużto przyżegania chlorkiem żelaza, jużto zabiegi chirurgiczne i t. d. Również leczenie spraw przewlekłych na tle gruźliczem lub kiłowem będzie wymagać innych modyfikacyj. Przekroczyłoby ramy tych moich uwag rozwodzenie się nad tym przedmiotem.

Działanie sproszkowanego kwasu borowego tłómaczyć możnaby w ten sposób, że jako ciało powoli rozpuszczające się działa przez czas dłuższy, tworząc z wydzieliną rozczyny. Nigdy nie dostrzegłem, żeby kwas borowy w miernej ilości

każdym razem wdmuchiwany, utrudniał lub tamował odpływ wydzieliny, jak to kol. K. podaje o środkach nierozpuszczalnych. Oczywiście nie należy go stósować w takiej ilości, żeby cały przewód zewnętrzny był niem wypełniony. Przypadki, w których ucho nie znosi kwasu borowego, stósowanego przy uwzględnieniu powyższych okoliczności i gdzie wzmaga się szum i następuje zajęcie głowy, należą według mych spostrzeżeń do wielkich rzadkości. Wiadomo, że małe ilości kwasu borowego nawet dłuższy czas pozostawać mogą w uchu, nie wywołując żadnych złych następstw [1]).

Jeszcze kilka słów o przestrzykiwaniu ucha w ropotoku jamy bębenkowej. Kol. Koehler życzy sobie, aby przestrzykiwanie ograniczyć do *minimum*, bo „każdorazowy prąd płynu uderza o ścianę błędnika a mechaniczne te urazy muszą dlań być szkodliwymi". Sądzę, że ostrożne przestrzykanie, szczególnie zaś ręką lekarza, nie może stanowić urazu. Nigdy też nie widziałem rzekomych szkód, ztąd powstających a nie znam innego sposobu, któryby wydzielinę, często w niezmiernej ilości jamę i przewód wypełniającą, mógł wydalić skutecznie. W przypadkach, gdzie już w godzinę po przestrzykaniu jama i przewód są zalane ropą, bez przestrzykiwań, i to częstych, obejść się chyba nie można. Wydzieliny nieobfitej, gęstej i lepkiej także inaczej oddalić nie potrafimy. Wkraplanie małej ilości płynu nigdy nie zdoła ucha środkowego oczyścić z produktów zapalnych, jak to kol. K. podaje. O tem łatwo każdy może się przekonać. Nie da się zaprzeczyć, że przestrzykiwać należy do pewnego stopnia wprawną ręką, lecz to przeciw pożytkowi metody bynajmniej nie przemawia. Zdarzający się czasem po przestrzykaniu chwilowy zawrót głowy (objaw ucisku na ścianę błędnika), doraźnie usunąć można przedmuchaniem ucha przez trąbkę sposobem Politzera. Ten zabieg wogóle winien grać ważną rolę w leczeniu ropotoku ucha środkowego, raz dla utrzymania drożności trąbki, po drugie dlatego, że prąd powietrza jako *vis a tergo* wydzielinę posuwa ku zewnątrz i czyni ją przystępniejszą dla prądu płynu, którym przestrzykujemy.

Kto widział wiele przypadków, w których w przebiegu ropotoku ucha środkowego wystąpiły groźne objawy, czy zadrażnienia opon mózgowych, czy rozpoczynającego się zapalenia wyrostka sutkowego i w których po 2—3-dniowych, pilnych przestrzykiwaniach i po wydaleniu zatrzymanej ropy wszystkie te objawy ustąpiły, przyczem oczywiście zapalenie ucha trwać może dalej, ten chyba nie może twierdzić, „że przestrzykiwanie uszu jest wogóle przeciwwskazanem". Na mechaniczne oddalanie wydzieliny, mojem zdaniem, wielki kłaść nacisk należy a komplikacye w rodzaju wspomnianych najłatwiej wystąpią tam, gdzie w ropotoku zaniedbuje się systematycznego oczyszczania za pomocą przestrzykiwań. Tego zaś nie możemy zrobić przez wlanie kilku kropel płynu do ucha. Wszak są przypadki szczególnie, gdzie i *antrum mastoideum* lub wyrostek zajęte, w których i przestrzykanie przewodu nie wystarcza do oczyszczenia jamy bębenkowej i gdzie uciec się trzeba do przepłukiwań kaniulą Hartmana, do jamy bębenkowej wprowadzoną lub do przepłukiwań przez trąbkę, jak to zaleca van Millingen, a wtedy dopiero otrzymać można pożądany skutek.

Kolega K. zaleca jedynie wkraplanie rozczynów leków, nie podając jakich. Bezwątpienia są przypadki nadające się do tej terapii, ale i tu bez poprzedniego przestrzykania i oczyszczenia nic nie uzyskamy. Jak bowiem ma działać lek płynny na błonę śluzową, pokrytą warstwą gęstej ropy lub oddzielonych, zmartwiałych przybłonków?

[1]) Urbantschitsch: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wien. 1890. str. 320.

Tem mniej to jest możliwem w schorzeniach stropu jamy (*atticus*), o których słusznie mówi kol. K., że dość często towarzyszą ropotokowi. Tu wkraplanie przez niego zalecane nie może odnieść skutku, bo płyn albo wcale tam się nie dostanie, albo tylko niedostatecznie, chociażbyśmy i ucisk wywierali na *tragus*. A gdy dostanie się już i do stropu, to nie zdoła go oczyścić z wydzieliny, która właśnie w tych formach zwykła mocno przylegać i często bywa pomięszaną z masami przybłonkowemi. Jeśli się tych mas nie oddala systematycznie, może się następowo wytworzyć *cholesteatoma*. W tych przypadkach proste przestrzykanie strzykawką lub balonem także nie wystarczy; tu użyć musimy zakrzywionych rurek Hartmana lub Politzera, któremi można skierować siłę prądu ku stropowi [1]).

Szczegółowy rozbiór różnych sposobów leczenia w różnych formach ropotoku jamy bębenkowej pozostawiam na później; wdając się w niniejszą dyskusyę chciałem jedynie zwrócić uwagę, że jakkolwiek nie można być zwolennikiem wyłącznie suchego leczenia, tak znów nie można ograniczać się wyłącznie do wkraplań płynów, z pominięciem przestrzykiwania, które w daleko większej liczbie przypadków okaże się niezbędnem.

IV. Oceny i sprawozdania.

Przyczynki do Anatomii patologicznej i Medycyny klinicznej

dla uczczenia 70-letniej rocznicy urodzin

Włodzimierza Brodowskiego,

profesora anatomii patologicznej w uniwersytecie cesarskim warszawskim, wydane przez Jego uczniów i asystentów: K. Chełchowskiego, A. Ciaglińskiego, Z. Dmochowskiego, T. Dunina, A. Elsenberga, T. Herynga, W. Janowskiego, F. Kijewskiego, S. Kleina, L. Kryńskiego, I. Luxenburga, E. Przewoskiego, A. Rosenthala i H. Rupperta.

Warszawa 1893, wielka 4-ka, wizerunek jubilata, przedmowa i 218 stron tekstu.

(Dok. Patrz Nr. 2.)

L. Kryński: *O chłoniakach* (*lymphangiomata*). W patogenezie tej rzadszej postaci nowotworów naczyniowych jest kilka kwestyj spornych, co do których zdania autorów są podzielone. Do takich zaliczyć należy: znaczenie zastoju limfy w sprawie powstawania chłoniaków, o ile i jaki wpływ mogą mieć sprawy zapalne, jak histologicznie powstają części składowe nowotworu, czy wszystkie postacie tych guzów mają charakter nowotworowy i t. p. Po streszczeniu należących tu poglądów z literatury przedstawia autor wyniki badań swoich, opartych na znacznym stósunkowo materyale dziesięciu przypadków chłoniaków, które w ciągu ostatnich lat trzech spostrzegał w klinice chirurgicznej profesora Rydygiera. Z tej liczby w ośmiu przypadkach były to guzy różnej wielkości mieszczące się przeważnie na szyi i głowie, z wyjątkiem jednego wrodzone lub też powstałe w najwcześniejszym okresie życia. Pozostałe dwa przypadki przedsta-

[1]) W tym celu podał Politzer zmyślny, lecz nieco skomplikowany przyrząd, za pomocą którego przez rotacyę zakrzywionej rurki można nadać dowolny kierunek prądowi płynu.

wiały cierpienie języka zwane *macroglossia*. Wyniki badania mikroskopowego tych guzów przedstawiają się tak:

W powstawaniu chłoniaków nie możemy przypisywać żadnego znaczenia przyczynowego przeszkodom dośrodkowym w krążeniu chłonnem. Przyczyn szukać należy w zmianach miejscowych w tkankach, względnie ścianach naczyń, pochodzenia prawdopodobnie zarodkowego.

Chłoniaki są to nowotwory, w których oprócz rozszerzenia istniejących naczyń i przestworów chłonnych odbywa się tworzenie się nowych, co następuje przeważnie sposobem heteroplastycznym, przyczem za punkt wyjścia dla nowych przestworów chłonnych służy tkanka łączna włóknista i tłuszczowa, z których komórek powstają pierwociny czyli elementy śródbłonkowe. Tylko w przypadkach wyjątkowych wykazać można jakąś przyczynę odrębną, jak naprzykład zapalenie; mechanizm tworzenia się tu chłoniaków jest zupełnie odmienny, jak we wszystkich innych przypadkach, i stanowi zjawisko wtórne, następstwo przebiegu sprawy zapalnej.

Macroglossia nie zawsze przedstawia odrębną, prostą postać chłoniaka języka; są przypadki o budowie złożonej z dwóch typów tych tworów (*lymphangioma simplex* i *l. cavernosum*), zarówno jak i takie postacie mieszane, w których odbywają się równolegle dwie sprawy: przerost przestworów chłonnych i nowotworzenie się tkanki łącznej.

Co się tyczy leczenia chłoniaków, to za najodpowiedniejszą i najprędzej wiodącą do celu uważa autor operacyą — wycięcie nowotworu. Pod tym względem nie zgadza się stanowczo ze zdaniem Riedla i Wölflera, pomijając już dawniejszych chirurgów, którzy uważają wycinanie za zbyt niebezpieczne i radzą nacięcie guza z następowem sączkowaniem lub tamponowaniem. We wszystkich przypadkach, opisanych przez autora, leczenie polegało na wycięciu nowotworu i wszystkie zakończyły się pomyślnie, z wyjątkiem jednego przypadku *macroglossiae*, w których dziecko zmarło wskutek zapalenia i zgorzeli płuc w $3^1/_2$ tygodnia po operacyi.

A. Ciągliński: *Przypadek t. z. choroby Littla*. Choroba ta jest jedną z najczęstszych postaci porażeń mózgowych u dzieci. Cechami jej są: przewaga sztywności mięśni nad ich porażeniem oraz pewnego rodzaju zahamowanie wpływu mózgu (wzgl. woli) na ruchy dowolne, wskutek czego dzieci dotknięte tą chorobą, bardzo powoli uczą się władać członkami, zarówno w chodzeniu jak i siedzeniu. Autor spostrzegał jeden przypadek tego cierpienia, zakończony śmiertelnie, który zbadał szczegółowo klinicznie, sekcyjnie i mikroskopowo. W przypadku tym, jak to bywa zwykle, podstawą anatomiczną porażeń były wylewy krwawe międzyoponowe w okolicy szpary podłużnej mózgu, w bliskości rowka Rolanda. Pochodzą one z rozerwanych naczyń żylnych opony miękkiej, wpadających do zatoki podłużnej opony twardej mózgu. Przyczyną rozerwania jest według Virchowa, Webera i innych zachodzenie kości ciemieniowych podczas trudnego porodu; do tego przyczynia się jeszcze znaczny zastój krwi żylnej wskutek szybko odbywającego się porodu i niemożność zastósowania się mózgu do wzrastającego ciśnienia.

Wylewy międzyoponowe w tem miejscu przedewszystkiem zagrażają zwojom środkowym, mieszczącym ośrodki psycho-motoryczne. Następstwa bywają różne: od lekkiego ucisku do zupełnego zniszczenia tkanki korowej; stopień zmian najwyższy jest u stropu mózgu i słabnie w miarę oddalania się od linii środkowej. Takie umiejscowienie zmian tłomaczy nam, dlaczego kończyny dolne, których ośrodek ruchowy jest najwyżej położony, bywają najmocniej dotknięte, i dlaczego stan spastyczny mięśni przeważa nad porażeniem. W przypadku swoim znalazł jeszcze autor pewne zwyrodnienie a raczej niedokształcenie pęczków piramidalnych rdzenia: obok znacznego rozrostu neurogleii w wielu włóknach nerwowych myelina rozwinięta nadzwyczaj słabo. Zmiany te uważa autor za wtórne, zależne od zmian pierwotnych w korze mózgowej.

W. Janowski: *Przypadek porażenia kończyny dolnej pochodzenia rdzeniowego (monoplegia spinalis)*. W przypadku tym u mężczyzny 66-letniego wystąpiło nagle w nocy porażenie prawej kończyny dolnej bez żadnej widocznej przyczyny i objawów ogólnych. Ruchy pozostałych kończyn zarówno jak i twarzy i języka utrzymały się zupełnie prawidłowe; odruchy kolanowy i skórny w kończynie chorej zniesione zupełnie, zarówno i pobudliwość elektryczna. Na podstawie dokładnego zbadania rozpoznano zmianę rdzenia kręgowego, znajdującą się tylko w jego rogu prawym przednim na wysokości pomiędzy wyjściem 2-go a 4-go korzonka nerwowego. Jako przyczynę przypuszczano wylew krwi w tem miejscu lub zator tętniczki. Chory w parę tygodni po przybyciu do oddziału Dra Dunina umarł. Badanie rdzenia przez autora wykazało ognisko rozmiękłe w rdzeniu kręgowym w przestrzeni pomiędzy korzonkami 2—5-ym w rogu prawym przednim; najwybitniejsze zmiany znajdywały się przy korzonku 3-im i czwartym. Przyczyny jednakże, która wywołała te zmiany chorobowe, krwotoku czy zatoru, autor znaleść nie mógł.

Z. Dmochowski i W. Janowski: *Dwa przypadki zapalenia ropnego dróg żółciowych, wywołanego przez bacterium coli commune*.

W dwóch przypadkach *cholangoitis purulenta*, która miejscami szerzyła się i na tkankę wątrobową, tworząc w niej ropnie, znaleźli autorzy zarówno w ropie, jak i w tkance mnóstwo pasorzytów, przedstawiających, jak okazało się w otrzymanych hodowlach, *bacterium coli commune*. To dało im pohop do przeprowadzenia szeregu doświadczeń na zwierzętach w celu przekonania się, czy i o ile ta postać drobnoustrojowa posiada własności ropotwórcze. Na podstawie tych doświadczeń twierdzą autorzy, że własności *bacterii coli communis* zupełnie są równoważne własnościom innych drobnoustrojów ropotwórczych. Jednakże nie udało się nigdy wprowadzeniem ich hodowli wywołać ropienia w drogach żółciowych. W tkance zaś podskórnej pasorzyty te stale wywoływały odczyn zapalny, który w trzech przypadkach polegał tylko na obrzęku i nacieku, w trzech zaś innych przeszedł w ropienie. W ropie znajdywały się bakterye w wielkiej ilości. Wreszcie w dwóch przypadkach zaszczepienie hodowli do jamy surowiczej (opłucna) sprowadziło po upływie doby lub dwóch śmierć zwierzęcia wśród objawów pasorzytniczych. Pracę ilustrują dwa pięknie wykonane rysunki mikroskopowe.

S. Klejn: *Własności regeneracyjne ustroju w stósunku do rozmaitych stanów niedokrewności. Przyczynek do nauki o niedokrewności złośliwej*. W zapatrywaniach na istotę niedokrewności złośliwej panuje znaczny zamęt. Zdaniem autora wszystkie postacie tego cierpienia należy podciągnąć pod dwie kategorye, różne tak cechami kliniczno-hematologicznemi, jako też i obrazem anatomicznym: postać samoistną, do której zaliczyć należy także przypadki etyologicznie nieznane, i postać następową, pojawiającą się jako następstwo innych spraw chorobowych (nowotwory, zapalenie nerek, marskość wątroby i in.). Dopiero w ostatnich czasach wykazali Ehrlich i Rindfleisch główną cechę, odróżniającą obie te postacie: zjawiskiem koniecznem w niedokrewności samoistnej jest obecność we krwi megaloblastów, podczas gdy w niedokrewności wtórnej znajdujemy tam tylko normoblasty. Pochodzenie pierwszych jest zupełnie ciemne. Mueller podał teoryę, według której w niedokrewności złośliwej mamy do czynienia z nowotworem szpiku kostnego *sui generis*, powstającym z takich olbrzymich komórek pochodzenia zarodkowego. Teorya ta jednakże pozbawiona jest pewniejszych podstaw.

Autor spostrzegał 3 przypadki niedokrewności złośliwej samoistnej, w których stopniowo następowało polepszenie,

dążące do zupełnego wyleczenia, i badał co kilka dni zmiany odbywające się we krwi. W miarę poprawiania się stanu ogólnego ilość normoblastów gwałtownie się zwiększała, podczas gdy megaloblasty stawały się rzadsze, wejrzeniem swem zbliżając się stopniowo do pierwszych. Obecność normoblastów we krwi i szpiku stanowi oznakę odradzania się krwi; ich zaś brak w stanach niedokrewności jest wysoce niepomyślnym dla ustroju.

Ponieważ i megaloblasty w razie pomyślnego zwrotu choroby przemieniają się stopniowo w normoblasty, przeto zdaniem autora, należy uważać je także za objaw samoobrony ustroju, który w razie groźniejszej postaci choroby dąży do wytworzenia pierwocin, jak największą obdarzonych siłą rozrodczą, jakie powstają w czasach zarodkowych.

I. Luxenburg: *Przypadek jam w rdzeniu kręgowym.* Badając rdzeń 51-letniej kobiety, której rozpoznanie sekcyjne brzmiało: *pachymeningitis externa, bronchitis, pleuritis exsudativa*, znalazł autor szereg ciekawych zmian w jego miąższu, poczynając od 9-go kręgu piersiowego ku górze, a mianowicie: 1) podłużne jamy w różnej wysokości w liczbie od 1—3, 2) rozrost tkanki glejowatej dokoła jam, 3) rozrzedzenie substancyi szarej i białej rdzenia pacierzowego, 4) asymetryę obu połów, 6) zmiany w komórkach zwojowych, 7) zmiany w naczyniach.

Co się tyczy jam, to pierwszy ich rodzaj, jama odpowiadająca swem położeniem przewodowi środkowemu, jest wysłana nabłonkiem i przedstawia tylko znaczne jego rozszerzenie (*hydromyelia*). Naokoło tak rozszerzonego kanału jest wybujała neuroglia (*gliosis*).

Drugi rodzaj jam znajduje się w wyższych odcinkach rdzenia: tam widać jamę nie wysłaną nabłonkiem, lecz otoczoną tkanką glejowatą; jest to jama syryngomyelityczna, nie mająca w większej części swego przebiegu bezpośredniego połączenia z jamą przewodu środkowego. Wreszcie trzecia jama jest następstwem rozrzedzenia w przednim rogu i części przednich pęczków, powiększającego się ku górze. W dalszym ciągu pracy przytacza autor różne teorye powstawania syryngomyelii i różnicę jej od hidromyelii; wreszcie zastanawia się nad rozmaitemi metodami barwienia preparatów mikroskopowych rdzenia i nerwów obwodowych.

Dr. Kryński.

Terapia.

P. Silex: Zimne i ciepłe okłady.

Mimo, że w praktyce codziennej, jednym z najczęściej używanych środków leczniczych są okłady i rozliczne kataplazmy, nie możemy się jednak tem poszczycić, abyśmy dokładnie i bez uprzedzeń zdawali sobie sprawę z istotnego tychże działania. Skutkiem tego zdarza się często, że w jednym i tym samym przypadku jeden z kolegów poleca zimne, inny gorące okłady. Często jest to istotnie rzeczą pomniejszego znaczenia, powiedzieć można, rzeczą osobistej sympatyi; atoli są przypadki, w których poważnie trzeba sobie zadać pytanie, czy stosowaniem okładów ciepłych lub zimnych, zamiast pomocy, szkody choremu nie wyrządzimy. N. p. Czy wolno używać lodowych okładów w przebiegu ropotoku spojówek (*Blennorrhosa conj.*), jeśli dołączy się wrzód rogówkowy? — Niektóre podręczniki gorąco je polecają — innne nie mniej gorąco je potępiają; a są i takie, które otwarcie przyznają, że nie znają wpływu okładów ciepłych, czy zimnych na sprawy toczące się w rogówce.

Dotychczas nie uwzględniła fizyologia tego pytania. Tłumaczy ona wprawdzie cały szereg zjawisk powstałych na skórze powiek, pod wpływem zimna; atoli, jakie zmiany w ciepłocie pod działaniem lodowych okładów następują w worku spojówkowym lub rogówce, o tem nie wspomina.

Aby rozwiązać to pytanie, przedsięwziął autor cały szereg doświadczeń na królikach, psach i człowieku, w których dla dokładnego i szybkiego przekonywania się o wahaniach ciepłoty w worku spojówkowym, posługiwał się nie zwykłymi ciepłomierzami, ale ogniwami termoelektrycznemi, które za pomocą galwanometru zwierciadlanego pozwalały z łatwością oznaczyć nawet $^1/_{40}$ stopnia. W badaniach używano jako środka znieczulającego $3^0/_0$ roztworu *tropokokainy*, której działanie jest szybszem od działania kokainy a nadto, która do doświadczeń w mowie będących nadaje się szczególnie, gdyż, przeciwnie jak kokaina, nie wywiera żadnego widocznego wpływu na naczynia.

U zdrowego człowieka znaleziono w jamie ustnej ciepłotę 36,9⁰ C.; w worku spojówkowym o 1,51⁰ C. mniejszą. Wkroplenie kokainy sprowadza obniżenie się ciepłoty o 0,7⁰ C. Oczy dotknięte zapaleniem j. t. *conjunct. catarrh.*, *episcleritis, combustio corneae et conj.*, *ulcus corneae cum chemosi*, *blennorrhoea sacci lacrym.*, okazywały w porównaniu z ciepłotą jamy ustnej różnicę 0,89⁰. A więc były o 0,62⁰ cieplejsze od zdrowych, lecz zawsze jeszcze okazywały w porównaniu z jamą ustną ciepłotę niższą. Nader ciekawem jest zjawisko, że w niektórych przypadkach zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego lub też wrzodów rogówkowych, bez obrzmienia spojówki gałkowej, przewyższała ciepłota worka spojówkowego ciepłotę jamy ustnej o 0,92⁰. Świadczy to wybitnie o powiększeniu się przemiany materyi. Po tych przedwstępnych badaniach zastosowano w wyż wymienionych przypadkach lodowe i ciepłe okłady (od 30—36⁰ C.). I okazało się, że podczas gdy lodowe okłady ciepłotę w worku spojówkowym wogóle podwyższają — ciepłe czy gorące okłady działają wprost przeciwnie. U pewnego chorego, n. p. z ropotokiem spojówki, powikłanym z wrzodem rogówkowym, była ciepłota worka spojówkowego w porównaniu z jamą ustną o 1,2⁰ niższą; po użyciu lodowych okładów przez 10 minut podskoczyła o 2,24⁰ C. Dodać tu jednak wypada, że po zakropleniu kokainy, zachowuje się ciepłota worka spojówkowego wprost przeciwnie, t. j. że po okładach lodowych, już i tak pod wpływem działania kokainy naczynia zwężającego obniżona ciepłota opada jeszcze o jakie 0,08° C. Wytłómaczyć to można tem, że skurczone pod wpływem kokainy naczynia spojówkowe, nie przyjmują wypchniętej ze skóry powiek krwi, a ztąd utrata cieplika przez promienowanie, przy cienkich powiekach, przewyższa znacznie, odruchowo powiększone wytwarzanie się ciepła.

Co się tyczy doświadczeń na zwierzętach, przekonano się, że ciepłota miąższu rogówkowego wynosi 29,59⁰; w komórce przed. 34,39°; w soczewce 36,55°; w ciałku szklanem 36,06°. Ciekawym jest dalej wynik badań, wykazujących wpływ rozmaitych stopni ciepłoty na jamy ciała. Wymieniamy dwa:

1) Królik. Ciepłota w odbytnicy 38,0°. Po zastrzyknięciu 0,03 morfiny, podnosi się na 39,3°. Worek lodowy na brzuch. Po 5 minutach podnosi się ciepłota jamy brzusznej (tuż przed kręgosłupem mierzona) o 0,4°; po 15 minutach o 0,63° w porównaniu ze spadającą podczas doświadczenia ciepłotą odbytnicy.

2) Pies. Mały otwór trepanacyjny w prawej kości ciemieniowej. Elektrodę wbito do mózgu. Odbytnica 39,3°; mózg 38,85°. Duży pęcherz lodowy na czaszkę. Po 5 minutach podnosi się ciepłota mózgu o 0,23°=39,08°. Po 20 minutach do 40,23° (38,85°+1,38°); podczas gdy ciepłota w odbytnicy wynosiła 40°. A więc przed doświadczeniem, w porównaniu z odbytnicą, był mózg o 0,45° chłodniejszym, po doświadczeniu o 0,23° cieplejszym. Wynika z tego, że w narządzie, któryśmy usiłowali oziębić okładem lodowym, wbrew oczekiwaniu, sprowadziliśmy podniesienie się ciepłoty. *Mutatis mutandis* działają podobnie także i ciepłe okłady. Natomiast zupełnie inaczej działają wyższe stopnie ciepłoty zastósowane na większą powierzchnię ciała; n. p. ciepłe 40° kąpiele pełne. Tu, skutkiem zniesionego oddawania ciepła, temperatura ciała może podnieść się o jakie półtrzecia stopnia.

Przytoczone doświadczenia, chociaż może nie wpłyną bezpośrednio na zmianę dotychczasowego postępowania w stósowaniu ciepłych i zimnych okładów, a w danym przypadku o wyborze stanowić będzie i nadal nietylko osobiste doświadczenie lekarza, ale i podmiotowe uczucie chorego; przyczynią się jednak one bez wątpienia do lepszego zrozumienia

działania okładów i pewnej zmiany dotychczasowych w tej mierze zapatrywań. Kładąc n. p. pęcherz lodowy na głowę człowieka z świeżym udarem mózgowym, nie będziemy sobie wyobrażali, że przez zwężenie naczyń wywołane przez obniżenie ciepłoty w mózgu, zapobiegamy dalszym krwi wylewom, boć przecież ciepłota w mózgu nie obniża się, ale przeciwnie podnosi, lecz użyjemy go jako środka drażniącego skórę, który orzeźwiająco i skrzepiająco wpływa na chorego.

Wogóle według powyższego, przyjąć wypada, że zimne okłady są na miejscu w przypadkach, gdzie chodzi o wyparcie krwi z naczyń powierzchownych, aby przez to zwiększyć dopływ krwi do narządów chorych (jeśli takowe niezbyt głęboko się znajdują) i wpływać w ten sposób skrzepiająco na przemianę materyi. W przypadkach zaś, gdzie chcemy osiągnąć wprost przeciwny skutek, należy użyć okładów gorących. (*Ber. klin. Wochenschrift. Nr. 13. 1893*).

Adam Szulisławski.

Chirurgia.

Dumont: **Kraniektomia okrężna.**

Na wstępie streszcza autor piśmiennictwo tyczące się kraniektomii liniowej, jako środka leczniczego w idyotyzmie z wrodzonej małości czaszki (*mikrocephalia*) i przedwczesnego jej kostnienia i wylicza przypadki ogłoszone przez autorów francuskich, amerykańskich, angielskich, szwajcarskich i niemieckich. Ogółem zebrał 45 przypadków, z których najwięcej, bo 25, przypada na francuskiego autora Lannelonguea. Zestawienie to przedstawia się tak pod względem wyników leczniczych, jak nie mniej i śmiertelności wcale korzystnie. Sposoby operacyjne były jednak różne; każdy bowiem niemal autor z osobna modyfikował w rozmaity sposób wspomnianą operacyę.

Dalej opisuje autor operacyę przez siebie zmienioną a wykonaną na dziewczynie 14 miesięcznej, u której obok zupełnego zobojętnienia, braku apetytu, zsinienia kończyn, przy wrodzonej małości główki, były mocne i bardzo częste napady drgawek; wyraz twarzy dziecka był w ogólności głupkowaty, zdradzający pewne cechy idyotyzmu. Zachęcony wynikami operacyjnemi innych wykonał D. kraniektomią okrężną w następujący sposób: najpierw poprowadził cięcie podłużne od środka czoła aż do szczytu kości potylicowej, następnie oddzielił wraz z okostną powłoki czaszkowe odchylając je na obie strony, dopóki nie obnażył zupełnie guzów ciemieniowych, dalej założył w równej wysokości na szczytach guzów ciemieniowych koronę małego trepanu i wykroił dwa symetrycznie położone otwory trepanacyjne, w które wprowadził koniec nożyc kostnych, i nienaruszając opony twardej, przedzielił cięciami poprzecznemi, łączącemi otwory trepanacyjne, sklepienie czaszki i uzyskał w ten sposób doskonałe zmniejszenie się ucisku wśródczaszkowego. Po dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego pokrył wreszcie wszystko powłokami skórnemi i zakończył operacyę szwem skórnym, przebiegającym wzdłuż szwu strzałkowego. Krwawienie było nieznaczne. Dwa rysunki szematyczne umieszczone w tekscie objaśniają operacyę znakomicie.

Pracę swą kończy autor historyą choroby operowanego dziecięcia, z której wypada, że cały przebieg pooperacyjny był bardzo zadowalający a tylko raz podniosła się ciepłota do 39°. W 24. dniu po operacyi opuściło dziecko zakład ze zezem mniejszym, lepiej odżywione i swobodniejsze. Przez cały ciąg pobytu w zakładzie nie miało ani razu napadu drgawek. Tętno, które przed operacyą było bardzo słabe i miało 90 uderzeń, przy wyjściu miało być wcale dobre, do 120 uderzeń na minutę; wreszcie i zsinienie kończyn ustąpiło prawie zupełnie. Dziecko badane w 4 miesiące po operacyi, okazuje jeszcze mierną ruchomość sklepienia czaszkowego, zajmuje się tem, co je otacza, je chętnie i nieznacznie tylko zezuje; drgawek przez ten czas nie miało wcale.

Autor sądzi, iż kraniektomia okrężna przez niego podana i wykonana znacznie lepiej odpowiada celowi i nie jest tak niebezpieczna, jak liniowa. (*Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte Nr. 23. Grudzień 1893.*) *Dr. Zoll.*

Gauthier. **Sposób uczynienia kokainy nieszkodliwą dla ustroju w razie wstrzykiwania podskórnego.**

Aby znieść uboczne, trujące działanie na ustrój użytej do znieczulenia kokainy, proponowano już dawniej różne sposoby i środki. Bezsprzecznie najsłuszniejszą jest propozycya Kummera, aby stosować kokainę po wywołaniu miejscowej anemii, co jednak da się zrobić li tylko na kończynach, za pomocą opaski elastycznej Esmarcha. Mniej odpowiednie są propozycye J. Corninga z masłem kokainowem lub Marchandésa, który poleca, aby kokainę rozpuszczać w oleju skalnym (Naphtaöl) i tylko takich rozczynów używać dla uniknienia zatrucia. Przechodząc tak pokrótce literaturę, Gauthier na podstawie dwuletniego doświadczenia poleca kokainę z dodatkiem nitrogliceryny, którą uważa jako środek działający przeciwnie, jak kokaina. Wychodząc z tego zapatrywania się, podaje G. następujący przepis:

Cocaini mur. 0·20
Aq. dest. 10·00
1% solut. nitroglycerini gtt. X.

Według tego wypada na zwykłą, t. j. gramową strzykawkę Pravaza 0·02 kokainy i kropla nitrogliceryny. Używając tego rozczynu, unika autor zupełnie objawów zatrucia tak, że bez obawy złych następstw po wstrzyknięciu 0·12 kokainy nie widział żadnych znaków zatrucia.

(Zachęcony tem zapewnieniem autora i poleceniem Jaffégo w Hamburgu postanowiłem spróbować tych rozczynów przy ekstrakcyach zębów. Ponieważ dawka nitrogliceryny wydawała mi się nieco za dużą, bo do wewnętrznego nawet zastósowania zdaniem Ewalda powinno się zaczynać od jednej kropli 1% rozczynu, przepołowiłem dawkę nitrogliceryny biorąc pod uwagę znaczną ilość naczyń w dziąsłach i bliskość organów ośrodkowych.

Po raz pierwszy użyłem kokainy z dodatkiem nitrogliceryny u chorej, u której poprzedniego dnia zupełnie z zadowalniającym rezultatem wyjąłem ząb trzonowy w znieczuleniu 3% rozczynem wodnym kokainy. Ta sama chora podczas ekstrakcyi drugiego dnia w znieczuleniu kokainą z nitrogliceryną czuła nierównie większy ból, niż poprzednio. Nie zrażając się tem jednem niekorzystnem doświadczeniem, używałem dalej rozczynu tak gorąco przez G. polecanego; niestety rezultaty nie były zadowalające, bo pomijając to, że ekstrakcye nierównie były boleśniejsze, jeden chory zemdlał, co, jakkolwiek omdlenie było słabe, za nitrogliceryną wcale nie przemawia. Że dawka w moich rozczynach nie była za słaba, dowodem tego niech będzie kilka innych przypadków, gdzie chorzy skarżyli się na uczucie pełności w głowie a nawet na gwałtowne jej bóle, co jest przecież objawem nie czego innego, jak dostatecznej ilości nitrogliceryny. U dwóch chorych wystąpił spazmatyczny płacz i silne, choć szybko przemijające rozdrażnienie nerwowe.

Widząc te ujemne rezultaty w 10-ciu przypadkach, odstąpiłem od nitroglicerynowych rozczynów kokainy dość wcześnie, bo po trzech dniach jej używania. Być może, że znajdzie swoich zwolenników propozycya Gauthiera w innych operacyach chirurgicznych, bo przy rwaniu zębów, o ile mnie się zdaje, polecić jej nikomu nie można. Czy jednak wogóle przyjmie się, wątpić należy, gdy przekonałem się dosadnie, że dodatek nitrogliceryny wcale nie przyczynia się do znieczulenia. *Uwaga sprawozdawcy*). (*Gazette des hôpitaux. 108. 1893. Centralblatt für Chirurgie. 6. Grudnia 1893*).

Dr. W. Łepkowski.

Higiena.

Jacobi: **Otrucie mięsem.**

Z końcem roku ubiegłego ogłosił Dr. J. w komisyi higienicznej miasta Wrocławia nadzwyczaj ciekawe przypad-

ki otrucia po spożyciu surowego lub niedogotowanego mięsa, które oprócz nieprzyjemnego smaku nie wzbudzało podejrzenia, ani swem wejrzeniem, ani spoistością, ani wonią. Otrucie wystąpiło w 26 rodzinach u 86 osób między 14. a 16. Paźd. 1893 w 3—16 godz. po spożyciu nawet bardzo małych ilości. Objawy chorobowe przedstawiały obraz nadzwyczaj ostrego zapalenia żołądka i jelit w połączeniu ze znaczną gorączką, zawrotem głowy i wielkiem osłabieniem, jednak bez porażeń, które zwykle towarzyszą otruciu po spożyciu zepsutego mięsa, marynat lub wędlin, jak porażenia akomodacyi, rozszerzenie źrenic, porażenie podniebienia. Stopień objawów u zapadłych osób zostawał w prostym stosunku do ilości spożytego mięsa a ponieważ w ogóle prawie wszyscy chorzy z wyjątkiem jednej osoby, która 126 grm. spożyła, bardzo mało jedli z tego mięsa, przeto tylko temu prawdopodobnie zawdzięczać należy, że nikt nie umarł; rekonwalescencya jednak u wszystkich trwała bardzo długo. Na podstawie ścisłego dochodzenia sprawdzono, że mięso wzmiankowane sprowadzono z poza obrębu miasta do Wrocławia oraz, że pochodziło ono z krów chorych na zapalenie macicy i wymion (*metritis* i *mastitis.*) Badanie, dokonane przez Dr. Flüggego, wykazało dowodnie w mięsie chorobotwórcze bakterye, podobne do *bacterium coli.* Myszy karmione tem mięsem dostawały biegunki i ginęły bez wyjątku po 2 dniach a przy sekcyi można było znaleść w treści jelit, jakoteż i w innych narządach prawie czyste hodowle tych samych bakteryj, które poprzednio znaleziono w mięsie. Sztuczne hodowle podane także myszom na chlebie do pożarcia zabijały je w przeciągu 2—3 dni, poczem w padlinie znaleziono we wszystkich narządach też same bakterye, co i w mięsie. Również po zastrzyknięciu pod skórę lub do jamy brzusznej nawet bardzo małych ilości tych hodowli ginęły myszy już po 20—24 godz. a krew ich i narządy wewnętrzne zawierały wiele tych samych bakteryj. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi Dr. Jacobi do wniosku, że bakterye wykryte, rozmnażając się po dostaniu się do ustroju, nie działają nań zabójczo w sposób mechaniczny, gdyż ich zbyt wiele po śmierci zwierząt nie znaleziono, lecz że wydzielają z siebie bardzo rychło mocno trującą toksynę. Za tem przypuszczeniem przemawiają objawy chorobowe u ludzi, u których już w 3 godziny po spożyciu występowały przypady otrucia, jakoteż i doświadczenia na zwierzętach. Dla kontroli przeprowadził Dr. Flügge szereg innych doświadczeń dowodowych; mianowicie karmił myszy zepsutem zwykłem mięsem i sprawiał przez to zawsze tylko zakażenie gnilne z objawami niepodobnemi do opisanych. W końcu nadmienia Dr. Jacobi na podstawie dat właściwych, że połowa zatruć po spożyciu mięsa, przypada na mięso, pochodzące z krów dorzniętych z przyczyny różnych spraw poporodowych, jak zapalenia macicy gorączek porodowych i zapalenia wymion i z tego więc powodu uważa mięso tego rodzaju za szkodliwe i do konsumcyi nie przydatne. (*Thierärztliches Centralblatt. 1. Stycznia 1894.*)

Walentowicz.

M ü n t z: **O ilości soli kuchennej w różnych wysokościach.**

Autor zajął się nadzwyczaj ciekawemi badaniami nad stósunkiem ilości soli kuchennej w różnych wysokościach powierzchni ziemi i gór oraz nad stósowaniem się zwierząt i roślin, do ilości niedostatecznych dla ustroju. Dostrzegł on mianowicie, że stada górskie są niezwykle łakome na sól i odczuwają ją za pomocą węchu. Owce wyszukiwały doskonale paczki soli porzucone na ziemi, rozrywały je i zjadały żarłocznie, gdy tymczasem zostawiały nietknięte podobne paczki zawierające ziemię. W wodzie deszczowej znajdował autor sól w ilości średniej 0·34 miligrama w litrze wody spadłej na góry i 2·50 do 7·60 miligr. w wodzie spadłej na równiny. Obliczenia wykazały, że na hektar ziemi na równinach spada z deszczem około 2·03 kilograma soli, w górach zaś tylko 0·32 kilogr. (w ciągu 2 tygodni) przy ilościach wody mniej więcej jednakowych (851 i 766 metr. sześć.) To też i w wodach potoków górskich jest daleko mniej soli, niż w wodach nizin. Rośliny stósują się do tych zmniejszonych ilości mianowicie:

siano z roślin w Pireneach zawiera 0·254% soli, w nizinach zaś Dordogne 1·017%.

koniczyna biała w Pireneach zawiera 0·285 soli, w nizinach zaś Dordogne 0,509

słoma żytnia w Pireneach zawiera 0·054 soli, w nizinach zaś Dordogne 0,127

Soki zwierzęce wprowadzają mniej więcej jednakowe ilości soli i na nizinach i na górach. N. p. mleko krów pasących się na wysokości 2.000—2.200 metrów zawiera
1·054 grama soli w litrze,
na nizinach zaś 1·350 grama soli w litrze
podobnież krew baranów na *Pic du Midi* zaw. 0,470 soli w litrze
na równinach zaś 0,610;
krew królików na *Pic du Midi* 0·397
na równinach 0,470

Widać ztąd daleko mniejsze różnice u zwierząt a zatem oczywiście muszą więcej soli potrzebować zwierzęta górskie, ponieważ rośliny za mało im dostarczyć mogą. Tem się tłómaczy konieczność dodawania soli do paszy stad górskich, które bez niej mogą zmarnieć całkowicie. (*Annales de Chimie et de Physique T. XXIV.*) *Odo Bujwid.*

Medycyna sądowa.

I p s e n: **Poszukiwania warunków do wykrycia strychniny w obec mocnej zgnilizny zwłok.**

Autor dochodzi na podstawie swych badań i poszukiwań okoliczności, w których można wykryć strychninę w zwłokach mocno zgniłych, do następujących wyników:

Jak wykazują doświadczenia na zwierzętach strychniną otrutych a gnijących, można wykryć w zwłokach strychninę nawet w rok po śmierci pod warunkiem, że surowica gnilna, z zwłok ściekająca, nie ginie, ale się przechowuje. Dla tego można wykryć strychninę, jeźli zwłoki otrutego spoczywają w nieprzepuszczalnej ziemi, w szczelnej i trwałej trumnie. Podobnie jak inne trucizny, tak i strychnina (zapewne i inne także alkaloidy) przenika zwłoki po śmierci i dostaje się na zewnątrz zwłok z innemi przenikającemi ciałami. W jakim czasie po śmierci ustępuje strychnina ze zwłok, nie zdołał autor wykryć; zdaje mu się jednak, że czas ten będzie zależał od miejsca i sposobu pochowania zwłok i postępu zgnilizny. W przypadkach ekshumacyi należy, zwłaszcza wobec mocnej zgnilizny przechować do badania chemicznego obok narządów wewnętrznych, wszystko to, co zwłoki od zewnątrz otacza, n. p. wysłanie trumny przesiąkłe płynem gnilnym zwłok. Badana autora wykazały w przesięku zwłok psów otrutych strychniną, przeważną jej ilość; małe zaś jej resztki dały się wykryć w narządach wewnętrznych po $1^1/_2$ rocznem przechowaniu zwłok na wolnem powietrzu.

Podobnie jak strychnina, zachowują się wszystkie związki chemiczne tak organiczne jak i nieorganiczne, które łatwo rozpuszczają się i resorbują a nie łączą się chemicznie z białkiem ustroju. Zachowanie się to będzie przecież zależało od tego, czy trucizny te są trwałe i czy nie ulegają rozkładowi podczas gnicia podobnie, jak n. p. strychnina.

Wreszcie wymaga wykrycie strychniny w gnijących resztkach zwłok wielkiej wprawy i ścisłości. (*Vierteljschr. f. ger. Med. 1893. 3. Poczet. Tom. VII. zeszyt 1.*)

Prof. Z a a i e r (w Leodyum): **Rozległe pęknięcie mózgu bez uszkodzenia czaszki.**

Autor sekcyonował z polecenia sądu zwłoki 38 letniej kobiety, zmarłej skutkiem rzekomego pobicia przez męża. Policzek lewy wzdłuż łuku jarzmowego był zasiniały aż ku uchu i oku lewemu. Tkanka podskórna policzka, mięsień skroniowy lewy i twarz były krwią obficie podbiegłe. Kości czaszki i twarzy nie okazywały nigdzie obrażenia, a jednak lewa połowa mózgu była od przodu ku tyłowi przerwana w ten sposób, że przerwa tworząca jamę na 13·5 cm. długą, 1·5 cm. szeroką a 5 cm. wysoka, wypełnioną skrzepami, przedzieloną naczyniami krwionośnemi, które nie uległy przedarciu, biegła od przedniej powierzchni płatu czołowego lewego aż do końca tylnego rogu komórki lewej obok ciałka prążkowanego, wzgórka wzrokowego, torebki zewnętrz-

nej i łupiny jądra soczewkowatego. Ponieważ nie było dowodu, jakoby mąż był sprawcą tego obrażenia, uwolnił go trybunał. Autor zastanawia się nad pęknięciem mózgu bez obrażenia czaszki, zestawiając podobne przypadki z piśmiennictwa i poglądy, jako też doświadczenia innych nad sprężystością i sposobami pękania czaszki pod wpływem urazu.

Rozważania teoretyczne doprowadziły autora do następującego wytłómaczenia mechanizmu, w jaki mogą powstać przerwy urazowe w mózgu.

W miejscu działania urazu na czaszkę może się pewna część mózgu ponad lub wzdłuż drugiej przesunąć i w ten sposób uledz przerwaniu. Z chwilą uderzenia w czaszkę następuje jej skurczenie się, skutkiem którego zmniejsza się pojemność czaszki. Ponieważ treścią czaszki nie jest substancya gazowa, z natury rzeczy ściśliwa, lecz płyn i kaszowata masa mózgu, zupełnie nieściśliwe, przeto może jedynie ciecz mózgordzeniowa opuścić w chwili uderzenia zmniejszoną jamę czaszki i spłynąć do obszernego przewodu w kręgosłupie. Z chwilą, gdy uraz przestanie działać na czaszkę, wraca ona do prawidłowych swych rozmiarów; poprzednio wyparty nadmiar cieczy mózgordzeniowej nie wraca wszakże natychmiast do czaszki, w obec czego powstaje w czaszce parcie ujemne, objawiające się tem, że jedna część treści jamy czaszkowej ciągnie sąsiednią. Nieco większe parcie ujemne musi sprowadzić przedarcia treści jamy czaszkowej. Przedarciu mogą uledz naczynia krwionośne między kością a oponą twardą, naczynia opony miękkiej, wreszcie sama tkanka mózgowa. Zatem przedarcia mózgu bez nadwerężenia czaszki powstają, zdaniem autora, w skutek rozkurczania się sprężystej czaszki, a więc nie wprost po urazie, lecz pośrednio. Jednak i uraz sam może częścią mózg wprost przerwać, częścią usposobić go do przedarcia.

Najpierw powstaje zdaniem autora przedarcie w miejscu działania urazu. Obrażenia te zależą, rozumie się samo przez się, od stosunków indywidualnych n. p. grubości powłok, kości czaszkowych, szwów kostnych, kierunku i siły urazu, zbitości mózgu i jego naczyń krwionośnych.

Przytoczony na wstępie przypadek tłómaczy autor na podstawie powyższej swej teoryi. (*Viertjschr. f. gerichtl. Med. 1893. Tom. VI. zeszyt 2.*) *Dr. Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

Przeciwko świerzbowi zaleca Lollis maść:

7) Rp. *Creolini* 5 00
Vaselini 100·00
MDS. Zewnętrznie.

Maścią tą naciera się raz dziennie części skóry pasorzytem nawiedzone. (*La semaine médicale. 3. Stycznia. 1894*).

Terpina jest dobrym środkiem wpływającym na wydzieliny oskrzelowe, które rozrzedza i którym ułatwia wydobycie się z ustroju. Używa się jej w ilości od 0·10 do 1·00 a nawet 2·00 i 3 00 na dzień, przyczem pamiętać należy, iż podczas jej używania powstaje za dodaniem kwasu azotowego do moczu osad żywicowaty, którego nie należy brać za znak obecności białka.

Terpinę można przepisywać w płynie:

8) Rp. *Terpini* 0·50
Alcoholi 20.00
Syrupi de catechu 30·00
Aquae destil. 100·00

Wolno zażywać także i w białem winie francuskiem. Albo, jeżeli chce się wpłynąć na skurczenie się warstwy mięsnej w oskrzelach a zarazem uspokoić kaszel, można do niej dodać przetworów kulczyby wroniego oka, w sposób następujący:

9) Rp. *Terpini pulverati* 0·25
Ttrae nucis vomicae guttas duas
Ttrae opii guttas tres
Glycerini
Gummi arabici āā q. s.
ut f. pillula semimollis.

Zażywać takich pigułek po 4 do 5 dziennie.
(*La médecine moderne. 10. Stycznia. 1894*).

V. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał
Dr. Gustaw Piotrowski,
Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Uniwersytet w Cambridge.

Dwie siostrzane wszechnice w *Cambridge* i *Oxfordzie* należą do najstarszych instytucyj naukowych w Anglii. Początki ich gubią się w legendowej pomroce. Podanie opowiada, że na trzy wieki przed Chrystusem, Cantaber, hiszpański książę, brat Partolina, króla Irlandyi, a szwagier Gurguncyusza, króla pewnej części Wielkiej Brytanii, założył miasto nad rzeką *Cante* (zkąd nazwa *Cantabrigia*) i sprowadził doń filozofów i astronomów z Aten. Między tymi znajdowali się Anaximander i Anaxagoras. Pominąwszy jednak to bajeczne podanie, odnoszą niektórzy początki Uniwersytetu do końca VI. i początku VII. wieku po Chr., mianowicie król Ethelbert miał sprowadzić za namową św. Augustyna i papieża Grzegorza I. uczonych z Canterbury. Tu miał też założyć w VII. stuleciu szkołę król Sigebert. Inne jeszcze podanie mówi, że w r. 1110 Profferet, Abbot of Croyland, sprowadził z Orleanu, w którym się kształcił, czterech mnichów, biegłych w filozofii, do swej rezydencyi w Cottenham, w pobliżu *Cambridge.* Ci przychodzili codziennie do *Cambridge* i nauczali publicznie w najętej na ten cel szopie i w krótkim czasie wielu zgromadzili uczniów.

W każdym razie rozwój Uniwersytetu był zresztą ten sam, jak i wielu innych. Nauczał z początku, kto chciał; dopiero w miarę rozwoju dała się czuć potrzeba ograniczenia tej dowolności. Ustanowiono pewne egzamina, które dawały prawo do nauczania, a ci, którzy je zdali, nazywali się doktorami lub też *Masters.* Pierwsza dopiero stała profesura a to teologii, utworzona została w r. 1502, przez Hrabinę Richmondu, matkę Henryka VIII., założycielkę *Christ's College* i *St. John's College.* Następnie za Henryka VIII. powstało w r. 1540 pięć katedr (*Royal professorships*), mianowicie teologii, prawa, fizyki, języka hebrajskiego i greckiego.

Z początku zostawał uniwersytet długi czas pod władzą kościelną. Głowa uniwersytetu, t. j. kanclerz, posiadał władzę absolucyi i ekskomunikowania; większość zaś nauczycieli należała do stanu duchownego, równie jak i większość uczniów gotowała się do tegoż stanu.

Uczniowie przybywający z różnych części świata do *Cambridge*, mieścili się, jak który mógł; jedni przy klasztorach, inni w mieście, przy rodzinach mieszczańskich, inni wreszcie po kilku razem, pod nadzorem nauczyciela. Ostatni ten sposób był zaczątkiem kolegiów. Mieszkania te nazywały się *Inns*, *Halls*, albo też *Hostels.* Były one z początku w prywatnych rękach, na zysk obliczone; powoli jednak okazała się potrzeba ściślejszej organizacyi i powstały właściwe kolegia, do których z biegiem czasu przyłączono prywatne *hostels.* Pierwsze kolegium w *Cambridge* założył Hugh de Balsham, biskup Ely, w r. 1284, i nazwał je *Peter-house*, położone bowiem było w pobliżu kościoła św. Piotra. Kolegium to obrało sobie za wzór istniejące już od

lat 10-ciu *Merton Coll.* w Oxfordzie i rządziło się jego statutami. Kolegia urządzone były z początku na stopie duchownej a za zadanie miały danie świeckiemu duchowieństwu wykształcenia, jakie było podówczas przedewszystkiem w posiadaniu mnichów. Podobne kolegia istniały w Paryżu, założone przez R o b e r t a d e S o r b o n n e, w 1250.

Początkowo i budynki kolegialne i prawa, któremi się rządziły, były nader proste. Modlono się w sąsiednich kościołach, które z czasem dla wygody połączono krużgankami. Następnie poczęły kolegia budować własne prywatne kaplice. Wszyscy członkowie kolegium żyjący w celibacie mieli swoje małe celki a na objady schodzili się do wspólnej wielkiej hali. Przewodniczący kolegium, t. j. *Master*, mieszkał również w takiej samej celce; dopiero za Henryka VI. przewodniczący *King's College* otrzymał zupełnie osobne mieszkanie, t. j. *Master's lodge*, jakie obecnie mają wszyscy przełożeni kolegiów.

Dół kolegiów zajmowały mieszkania najmłodszych studentów, t. zw. *sellars* lub *inferiora cubicula*; pierwsze piętro przeznaczone było dla starszych uczniów a mieszkania te nazywały się *solars* lub *superiora cubicula*. W takich celach mieszkało po trzech lub czterech uczniów razem; wspólnych dormitoryów, jak w klasztorach, nigdy nie było. Zwyczaj ten jednak ustał z początkiem XVII-go stulecia, gdy do uniwersytetu napływali coraz to starsi uczniowie, a pewne choroby skórne gwałtownie się szerzyć poczęły. Wtedy to zaczęto mieszkać pojedynkiem i zwyczaj ten po dziś dzień się zachował

Liczba kolegiów wzrastała szybko a obecnie liczy ich Cambridge przeszło 20.

Zatrzymałem się nad tym przedmiotem nieco dłużej, albowiem trudno jest uchwycić związek i wzajemny stósunek między uniwersytetem a kolegiami, a najlepiej objaśnia to ich powstanie.

Obecnie kolegia są jakby konwiktami, lub internatami, które nie mają właściwie bezpośredniego związku z uniwersytetem. Uczeń, przybywający na studya wybiera sobie kolegium, a do niektórych z nich potrzeba przejść wstępny egzamin. Zostaje on przyjęty do kolegium jako *undergraduate*. W kolegium dostaje mieszkanie, składające się z pokoju, w którym pracuje i przyjmuje odwiedziny (*sitting room*), tudzież z pokoju sypialnego (*bed room*) a zazwyczaj jeszcze z małego pokoiku, gdzie służący przechowuje sprzęty gospodarskie, naczynia do herbaty i t. d. Umeblowanie posiada student albo swoje własne, albo też dostarcza go kolegium za odpowiedniem wynagrodzeniem. Obowiązany jest nadto jadać w wspólnej sali (*hall*), przynajmniej pięć razy w tydzień. W miarę jednak coraz większego napływu studentów do kolegiów nie były one w stanie wszystkich pomieścić i z tego to powodu dozwolono mieszkać w mieście, jednak tylko w domach uznanych za odpowiednie przez syndykat składający się z pewnych członków kolegiów, tudzież senatu, t. j. takich, które posiadają t. zw. *licence*. Należenie do kolegiów jest nader kosztowne; prócz innych bowiem wydatków, musi taki student być członkiem wielu towarzystw i klubów sportowych, tudzież instytucyi zw. *Union*, odpowiadającej naszej *Czytelni Akademickiej*. Wszystkie te kluby są bardzo drogie. Wstępna taksa w *Union* wynosi funt, następnie przez 9 tak zw. *terms*, t. j. trzechmiesięczny przeciągu czasu płaci się także po jednym funcie szterlingu. Jest to nader rozwinięte towarzystwo; liczy bowiem około 2000 członków w *Cambridge* a dożywotnich i honorowych około 10000. Posiada wspaniały budynek, urządzony z ogromnym przepychem i bibliotekę liczącą przeszło 20000 tomów. Co czwartek odbywają się w czasie roku szkolnego posiedzenia *(debates)* na wzór parlamentarnych; istnieje prawica, lewica i centrum. Kwestye obrabiane są w tym rodzaju, jak n. p. czy palenie tytoniu jest szkodliwe i czy je znieść należy, to samo co do alkoholu, następnie wolność handlu i t. p. Po ukończeniu dyskusyi następuje głosowanie i wniosek przechodzi lub też upada, oczywiście platonicznie. Główny nacisk spoczywa tutaj na formie; treść zazwyczaj bywa dość nieudolna a nawet dziecinna, cieszą się zaś frenetycznymi oklaskami i zwyciężają fajerwerkowe frazesy, rzucane z werwą i intonacyą odpowiednią, lub też sarkastyczne wyzyskanie słabych stron przeciwnika. Lecz i sarkazm ten jest bardzo niewinny, coś w stylu Pickwickowatym. Publiczność interesuje się bardzo temi debatami a na galeryi płeć piękna zazwyczaj mocno reprezentowana. Ze względu na kosztowność życia w kolegiach, trudno w nich bowiem opędzić roczny pobyt mniejszą sumą, aniżeli 200 funt., dozwolono w r. 1869 wstępu do uniwersytetu uczniom nie należącym do żadnego kolegium. Mimo to koszta utrzymania takiego *non-collegiate* studenta wynoszą przynajmniej 120 f. rocznie. Studenci tacy zostają również pod nader ścisłym nadzorem władz uniwersyteckich.

Po za studentami, t. j. *Undergraduates*, są w kolegiach członkowie posiadający stopnie uniwersyteckie, t. j. *Graduates*, czyli *Fellows*, lub *Dons* w studenckiej gwarze. Z tych obierani są wszyscy dygnitarze kolegialni. *Fellows* wybierani są na lat 6 od otrzymania stopnia. Pobierają różne płace, wynoszące jednak przynajmniej tyle, ile u nas pensya profesora uniwersytetu. Obowiązków żadnych nie mają; mogą się kształcić w miejscu lub zagranicą. Po latach sześciu, jeśli otrzymali posadę w uniwersytecie, mogą pozostać dożywotnimi członkami kolegium, jeśli nie, tracą swój *Fellowship*.

Z pomiędzy tych członków wybierany bywa przewodniczący kolegium, który nosi tytuł *Master*, z wyjątkiem *Queens College*, gdzie się nazywa *President*, tudzież *Kings Coll.*, gdzie ma tytuł *Provost;* następnie t. zw. *Tutors*, t. j. członkowie rozciągający opiekę nad studentami. *Tutor* reguluje wszelkie stósunki między uniwersytetem a uczniami, odbiera od nich opłatę i składa ją w uniwersytecie, załatwia rachunki kolegialne, czuwa nad nauką i t. d. *Non-collegiates students* mają swych *Censors*, którzy odpowiadają kolegialnym tutorom. Posiadają nadto kolegia swych nauczycieli, t. j. *Readers*, którzy uzupełniają niejako wykłady uniwersyteckie. Wykłady te w pewnych kolegiach cieszą się niesłychaną popularnością. Niektóre kolegia mają swe własne, bardzo dobrze urządzone pracownie, jak n. p. laboratoryum chemiczne w *Caius Coll.* (wym. Kis Koll.), gdzie przełożonym jest bardzo dzielny chemik Dr. R u h e m a n n, Niemiec. — Kolegium to obierają przeważnie medycy za miejsce pobytu.

Uniwersytet wraz z kolegiami wybiera wspólne ciało rządzące, t. j. s e n a t. Na czele stoi k a n c l e r z, obecnie ks. D e v o n s h i r e. Jest to godność odpowiadająca rektorskiej. Jest ona właściwie tytularną a cała władza spoczywa w ręku w i c e k a n c l e r z a (John P e i l e), który rządzi uniwersytetem podług statutów a nad miastem ma nieograniczoną władzę, o ile się to tyczy stósunków uniwersyteckich. Może on

nakazywać zamknięcie i przeniesienie sklepów (odnosi się to przede wszystkiem do restauracyi), wydaje pozwolenie na otwarcie teatru i rozmaitych widowisk. Wogóle rygor pod tym względem jest nadzwyczaj surowy a nawet przesadny. Cyrk n. p., który przez wakacye bawił w Cambridge, musiał się wynosić z początkiem roku szkolnego. Studenci trzymani są w wielkim rygorze. O zmierzchu nie wolno im wychodzić bez stroju uniwersyteckiego, t. j. czarnego płaszczyka sięgającego poniżej kolan i czarnego, płaskiego beretu (*cap and gown*). W ubiorze tym muszą chodzić przez cały dzień świąteczny a podczas nabożeństwa zarzucają pewien rodzaj białej komży. W stroju tym nie wolno palić tytoniu na ulicy. W restauracyach nie wolno się gromadzić w znaczniejszej liczbie a do kolegium trzeba wracać najpóźniej o 12. w nocy. Studenci mieszkający w mieście zostają również pod surową kontrolą. Gospodarz obowiązany jest utrzymywać ewidencyę odwiedzających; nie wolno też studentowi przyjmować nikogo od godz. 10. wieczór do 6. rano bez piśmiennego pozwolenia tutora a gospodarzowi dostarczać w jednym dniu więcej obiadów lub kolacyj, niż na trzy osoby. Jeden z Fellows opowiadał mi ze śmiechem, że pierwszym przywilejem w kolegium po otrzymaniu stopnia jest wolność przechodzenia przez trawniki dziedzińców i ogrodów kolegialnych, za co studenci płacą 2 sz. 6 d. kary. W statutach istnieją jeszcze oryginalne, średniowieczne przepisy, jak n. p. zabraniające studentom grać w t. zw. *marbles*, (kulki kamienne, jakiemi się bawią po dziś dzień wyrostki) w pewnych miejscach publicznych, jak n. p. na schodach senatu, biblioteki, ratusza i t. d. Surowy rygor sprawił, że Minerwa wypędziła z miast uniwersyteckich Bachusa a nadewszystko Wenerę.

Przepisów przestrzega władza wykonawcza, składająca się z dwóch p r o k t o r ó w, wybieranych przez senat po porządku z kolegiów, tudzież z dwóch p r o p r o k t o r ó w, których obiera wicekanclerz i proktorowie. Ci dobierają sobie niższą władzę wykonawczą, t. j. *Proktors men*, zwanych przez studentów b u l d o g a m i i z nimi wieczorną porą urządzają obławę po mieście, czy przypadkiem nie znajdą gdzie studenta bez ubioru uniwersyteckiego, lub co więcej, *o horror*, palącego na ulicy. Kary za te przestępstwa są przeważnie pieniężne. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 18. Stycznia 1894 r.

— Bardzo poważnie i z niezwykłym udziałem najwyższych sfer naukowych, rządowych, obywatelskich i lekarskich, tudzież mnóstwa publiczności, odbył się w dniu 15. b. m. pogrzeb ś. p. prof. Madurowicza. Na trumnie Zmarłego złożono mnóstwo wieńców a między niemi od Senatu akademickiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, od Wydziału lekarskiego, od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, od Towarzystw lekarskich warszawskiego i krakowskiego, od Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie, od redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, od lekarzy szpitali św. Łazarza i św. Ludwika, od asystentów kliniki położniczo-ginekologicznej, od oddziału położniczo-ginekologicznego w szpitalu św. Łazarza, od asystentów Wydziału lekarskiego.

Nadeszło również wiele telegramów kondolencyjnych; między innemi przysłał J. E. Pan Minister Oświaty, Dr. Stanisław Madeyski, na ręce rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego telegram dla Wydziału lekarskiego z wyrażeniem głębokiego żalu z powodu ciężkiej straty, jaką Wydział ten poniósł przez śmierć prof. Madurowicza. Dziekan Wydziału prof. Browicz podziękował telegraficznie za ten wyraz współczucia.

Wyrazy kondolencyi dla Towarzystwa lek. krak. nadesłały: 1) Redakcya *Nowin lekarskich* w Poznaniu, 2) Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich i 3) Zarząd Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu a dla Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego Radca Dworu, Prof. Dr. Gustaw Braun w Wiedniu.

Pogrzeb rozpoczął się o godzinie 10. Przed zamknięciem trumny pobłogosławił zwłoki prorektor Uniw. Jagiell., X prałat prof. Dr. Chotkowski a przy wyniesieniu ich z domu pożegnał Zmarłego wymownemi słowy imieniem Senatu akademickiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Rektor prof. Dr. Zoll, poczem orszak cały ruszył na cmentarz a zatrzymał się w ulicy Kopernika przed kliniką położniczą, gdzie na frontowej ścianie okrytej żałobną draperyą, wśród zieleni i świeżych kwiatów umieszczono biust Zmarłego profesora. Tu po odśpiewaniu pieśn żałobnych przemówił prof. Dr. Jordan i pożegnał rzewnie Zmarłeg imieniem Wydziału lekarskiego. Po mowie tej udał się pochód w dalsz drogę. Od bramy cmentarnej nieśli trumnę koledzy i asystenci ś. p Madurowicza aż do grobu, nad którym po dopełnieniu ceremonij religijnych przemówili w podniosłych słowach Dr. August Kwaśnicki, jak prezes imieniem Tow. lekarskiego krakowskiego, prof. Dr. Antoni Mar imieniem b. uczniów i kolegów zawodowych i student medycyny Włodzimierz Sieradzki imieniem młodzieży Wydziału.

— Na posiedzeniu styczniowem Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu wybrano na następujące trzechleci prezesem radcę zdrowia Dra Bolesława Wicherkiewicza, przewodniczącego w komitecie *Nowin lekarskich* a sekretarzem Dra Teodora Dembińskiego.

— Otrzymujemy następujące pismo:

XI. Kongres międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894 r.

Aby ułatwić członkom Kongresu i ich towarzyszom wyszukani mieszkań i zwiedzenie najpiękniejszych miejscowości Włoch południowych, polecił Komitet jeneralny znanemu domowi PP. Thom. Cook e Son zająć się dostarczaniem mieszkań i urządzaniem wycieczek do okolic Neapolu, Sycylii i t. d. Pośrednictwem w tych rzeczach zajmie si osobny delegat głównego biura Thom. Cook et Son w Londynie z pomoc filii tego domu w Rzymie i Neapolu.

Te wyjątkowo przystępne warunki są:

1) Za cenę 12 franków 50 centm. dziennie dostarczy pan. T. C et Son mieszkania, światła, pożywienia i usługi w pierwszorzędnych hotelach i pensyonatach rzymskich.

2) Wycieczki trzechdniowe z Neapolu do Wezuwiusza, Pompei Capui, Sorrento, Castellamare i Raino, będą kosztowały ze wszystkiem razem po 70 franków od osoby.

3) Wycieczki dziesięciodniowe do Sycylii, drogą: Neapol, Messy ny, Tarnmino, Catano, Girgenti, Syrakuzy, Palermo, Neapol — będ kosztowały około 200 franków od osoby, wliczając w to: mieszkanie usługę, bilety na kolej, statki, omnibusy oraz przewodników i napiwki Za tę cenę dostaną podróżni pierwszorzędne mieszkanie i bilety 1-sz klasy. Dla drugiej klasy będą ceny tańsze.

4) Uprasza się członków Kongresu o zgłoszenie się jak najwcześniejsze, jeśli można przed 15. Lutego zarówno pod względem mieszkan jak i wycieczek, do najbliższej dla nich agencyi domu T. Cook et Son

5) Program szczegółowy wycieczek będzie dołączony do wyd nych przez Komitet centralny instrukcyj dla podróżnych, które bę rozdawane wszystkim członkom Kongresu; o te programy, jak niemni o instrukcye i karty legitymacyjne zgłaszać się należy do sekretar XI. Kongresu międzynarodowego w Genui we Włoszech.

— Ponieważ użycie prądu elektrycznego do wykonywania w roków śmierci w Ameryce nie okazało się praktycznem i doprowadza do scen przejmujących grozą, przeto powstała w pewnych sferach tam myśl użycia w tym celu gazu świetlnego, któryby się wprowadzało po znacznem ciśnieniem do zamkniętej szczelnie komory, mieszczącej w s bie delinkwenta. Projektujący opierają się w tej mierze na doświadcz niach zrobionych w Paryżu ze zabijaniem w ten sposób psów wałęs jących się bez właściciela po ulicach miasta.

— Czwarty zjazd niemieckiego Towarzystwa dermatologiczne odbędzie się w r. b. we Wrocławiu w dniach od 14. do 16. maja. porządek dzienny przyjdą jako główny przedmiot obrad: 1) sprawa p działu systematycznego grzybic skórnych (*dermatomycoses*). Sprawozdaw prof. Kaposi z Wiednia i 2) obecny stan nauki o grzybicach skórnyc Sprawozdawcą prof. Pick z Pragi. Równocześnie ze zjazdem odbędz się wystawa narzędzi, leków, preparatów anatomiczno-patologiczny

i mikroskopowych. Lubo zjazd jest niemiecki, równie jak język jego obrad, to jednakowoż mile będą widziani koledzy innych narodowości, którzy mogą głos zabierać w swym języku.

— **Wiadomości uniwersyteckie**. Chrystyania. Dr. Ch. Leegard habilitował się jako docent newropatologii. Sztokholm. Prof. Rossander poszedł na emeryturę. Fryburg w Bryzgowii: Dr. H. Strobe habilitował się jako docent anatomii patologicznej. Grac Docent prywatny Dr. A. Heider otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. Docent pryw Dr. Wilhelm Prausnitz z Monachium mianowany profesorem higieny. Leodyum. Profesor nadzwyczajny patologii ogólnej Dr. Francotte mianowany profesorem zwyczajnym. Groninga. Dr. Reddingius mianowany profesorem anatomii patologicznej i patologii ogólnej. Upsala. Dr. A. O. Letfors, docent prywatny w Lundzie, mianowany profesorem położnictwa i ginekologii.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* nrze 2: Dmochowski: O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników; E. Biernacki: Anestezya nerwu łokciowego jako objaw wiądu rdzenia; F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych (C. d.). — W *Medycynie* nrze 2: Doc. R. Trzebicky. Przyczynek do osteoplastycznej resekcyi stopy podług Władymirowa-Mikulicza. Funck i Grundzach: O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka. — W *Nowinach lekarskich* zeszycie styczniowym 1894: W. Łepkowski: O zastosowaniu kokainy w dentystyce i działanie jej na ropotwórcze ustroje; K. Koehler: Aprosexia nasalis, tępość umysłu z niedrożności nosa; H. Święcicki: Przyczynek do przebiegu porodu u niemłodych pierwiastek; B. Wicherkiewicz: Rzekomy kilak tęczówki na podstawie urazowej.

Redakcya otrzymała:

E. Biernacki. Badania nad składem chemicznym krwi w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych. Warszawa 1893. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

E. Biernacki. O nadczułości i bólach pochodzenia mózgowego. Warszawa 1893. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

E. Biernacki. Ueber die chemische Constitution des pathologischen Blutes. Wien 1893. (Odbitka z *Wien. med. Wchschft.*).

E. Biernacki. Beiträge zur Lehre von central entstehenden Schmerzen und Hyperaesthesie. Leipzig 1893. (Odbitka z *Deutsche med. Wchschft.*).

Sprostowanie. W artykule Dra Wachholza w nrze 2. z b. r., str. 21, szp. I., w. 41 od góry, punkt 4, po słowach »jeśli do rozczynu« wypuszczono »methemoglobiny doleje się zgęszczonego roztworu«.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 24. Stycznia b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) odczyt kol. prof. Jakubowskiego: O punkcyi wodogłowia; 2) odczyt kol. Rościszewskiego: Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy, przy równoczesnem stosowaniu kąpieli jodowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 27. Stycznia 1894 r. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

I. O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

W roku 1889. Gallenga *(Brevi considerazione sulla cheratiti infettive. Parma)*, wywołał sztucznie owrzodzenia i pryszczyki na rogówce przez zastrzyknięcie pod spojówkę gałkową hodowli drobnoustrojów. Sprawy te ustępywały znów po wstrzyknięciu pod spojówkę rozczynu sublimatu. Niebawem też Secondi *(Le injezioni sutto congiunctivali per cura delle alterazioni infettive della cornea. Giorn. d. R. Accad. di Torino 6—7. 1889)* zastósował wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu w celu leczenia owrzodzeń rogówki i jej zapaleń z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej. Już po upływie trzech godzin owrzodzenie miało się oczyszczać, jednocześnie miał się zmniejszać otaczający je krążek zapalny, w ciągu zaś 1—3 dni następować miało wyleczenie. Nadto po użyciu tego sposobu leczenia zamglenie ma zawsze pozostawać tylko w obrębie dna poprzedniego wrzodu. Leczył on również tym sposobem zapalenia naczyniówki i tęczówki; dodaje jednak, że w ciężkich przypadkach *keratitis* z *hypopyon* wypadało uciekać się do cięcia Saemischa i innych sposobów leczenia.

Sprawę wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, podjęto znów na zjeździe okulistów francuzkich w roku 1891. Abadie, mówiąc o wstrzykiwaniach do wnętrza gałki, dodał, że otrzymał pomyślne wyniki, zastrzykując sublimat w przypadkach zapaleń rogówki wywołanych przez drobnoustroje, również w zapaleniach naczyniówki i siatkówki, otoczkowem i rozsianem. Darier, na mocy doświadczeń w ciągu roku dokonywanych, oznajmił o szczególnie pomyślnem działaniu wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu w bardzo wielu cierpieniach oka. Obszerniej traktuje on sprawę w art. *Des injections sousconjonctivales du sublimé en thérapeutique oculaire (Arch. d'oph. XI. Sept. — Oct.).* Wychodzi on naprzód z zasady, że, chcąc działać miejscowo, właściwiej jest stósować czyli wprowadzać środki lecznicze w miarę możności jak najbliżej części cierpiących, przeto zastrzykiwał on sublimat pod spojówkę gałkową w ilości 0.05 lub 0,1 1‰ rozczynu i otrzymał świetne wyniki w zakaźnych cierpieniach rogówki, dalej w *keratitis* z *hypopyon*, kilakowem i swoistem zapaleniu tęczówki, w zwyczajnem zapaleniu tęczówki lub też w jego połączeniu z *keratitis punctata.* Nawet rozlane zapalenie rogówki, od sześciu miesięcy istniejące, ustępowało w ciągu 7—8 tygodni po 7—8 wstrzyknięciach. Dwa przypadki zakażenia przez blizny przesączające ustąpiły po 3—5 zastrzyknięciach. Rozległe, głębokie nacieki rogówki, nawet w połączeniu z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej, ulegały wessaniu w ciągu niewielu dni po kilku zastrzyknięciach. Co do chorób dna oka, to zapalenia naczyniówki w postaci bądź zapalenia środkowego, bądź też bardziej rozlanego ustępowały w przeciągu 8—12 dni po trzech zastrzyknięciach. Nader pomyślne zejście otrzymał również w jednym przypadku zapalenia nerwu wzrokowego w blednicy — zupełne wyleczenie w ciągu 15 dni po pięciu zastrzyknięciach, bardzo znaczne polepszenie również w zapaleniu nerwu wzrokowego i siatkówki. W zaniku nerwów wzrokowych, zastrzykiwania sublimatu pozostały bez skutku, jakkolwiek robił je nie tylko pod spojówkę, lecz nadto w okolicę pozagałkową a nawet do pochwy nerwu wzrokowego.

Zwykle wstrzykiwania nie wywoływały szczególnego zadrażnienia, za użyciem kokainy wstrzyknięcia same były prawie bezbolesne; ból objawiał się dopiero w chwili, gdy działanie kokainy już ustawało a chociaż bywał dość znaczny, ustępował jednakże przed końcem pierwszej doby. W czterech tylko przypadkach zadrażnienie było bardzo znaczne, lecz były to ciężkie postacie zapalenia tęczówki i naczyniówki.

Dodam jeszcze, że wyniki osiągnięte zasługują na uwagę z tego jeszcze względu, że Darier podczas doświadczeń nie stósował równocześnie żadnych innych środków leczniczych, jakkolwiek uważa je za najzupełniej odpowiednie, zwłaszcza w formach kiłowych.

Pflueger zalecał raczej wstrzykiwania trójchlorku jodu (1:2000); zwrócił też uwagę na okoliczność, że wstrzykując fluorescynę pod spojówkę otrzymujemy zabarwienie rogówki, naczyniówki, cieczy wodnej, ciała szklanego i soczewki, co najwyraźniej dowodzi, że leki zastrzyknięte z pod spojówki za pomocą naczyń chłonnych rychło i daleko mogą się rozchodzić. Zdawaćby się mogło, że sublimat, odbywszy znaczną drogę przez tkanki, utracić może swą siłę bakteryobójczą, wszakże Ooio, na zjeździe okulistów włoskich w roku 1890 *(Annali di Ottalm.* 1891. Fasc. 1—2) udowodnił za pomocą doświadczeń, że dyfuzya przez ciałko szklane bynajmniej nie pozbawia sublimatu tych własności, w znacznym przynajmniej stopniu. Mocniejsze rozczyny wywoływały w ciałku szklanem zamglenia, które pozostawały na zawsze, nawet zapalenie tęczówki i zanik gałki; w praktyce najstósowniej zatem było poprzestać na słabych rozczynach, najlepiej 1:2000.

Tak więc i ze stanowiska ściśle naukowego i z otrzymanych praktycznych wyników, wstrzykiwania sublimatu powinny były zasłużyć sobie na uznanie. Mimo to jednakże nie znalazły one naśladowców. Przypuszczam, że zbyteczny optymizm, którym grzeszy sprawozdanie z pierwszej seryi spostrzeżeń Dariera, dalej idący do ostateczności empiryzm, jak n. p. wstrzykiwanie w przypadkach zaniku nerwu wzrokowego, nadto bezpośrednio do samej pochwy nerwu, mogły zniechęcić do dalszych badań nad działaniem nowego sposobu leczenia. To też sprawę działania wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu podjął Darier ponownie na zjeździe okulistów francuskich w r. 1892 (Posiedz. 4. maja). Zwrócił on mianowicie uwagę na pomyślne wyniki leczenia zapaleń siatkówki i naczyniówki, powstających w późnych okresach kiły, również nerwu wzrokowego. W przypadkach niedowidzenia ośrodkowego, z wyjątkiem tytoniowego i wyskokowego, w zapaleniu nerwu wzrokowego pozagałkowem, gośćcowem czyli reumatycznem i w zaniku nerwu wzrokowego pochodzenia kiłowego otrzymywał on znaczną poprawę lub nawet rychłe wyzdrowienie.

Lagrange *(Rec. d'ophtalm.* 1892. styczeń) w bardzo ciężkim przypadku *irido-chorioiditis specifica*, który wcale nie ustępował leczeniu szaruchą i jodem, użył wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu i niezwłocznie otrzymał zadziwiający skutek; utrzymuje on jednak, że jedna przedziałka strzykawki rozczynu $1^0/_{00}$ stanowi zbyt małą dawkę i że ją zwiększyć należy do pięciu przedziałek. W drugim swym artykule, tamże ogłoszonym (Wrzesień), podał Lagrange wyniki leczenia wstrzykiwaniami podspojówkowemi sublimatu dwóch przypadków miąższowego zapalenia rogówki; z tych w jednym, powstałym na tle kiły dziedzicznej, nastąpiło w ciągu 50 dni zupełne wyzdrowienie, w drugim zaś u chorego wolnego od kiły, ale z bardzo znacznym upadkiem odżywiania, polepszenia wcale nie było.

Na XI. posiedzeniu Towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu, miał Darier odczyt o leczeniu spraw zakaźnych powstających po operacyi zaćmy za pomocą zastrzykiwań podspojówkowych sublimatu. W lżejszych postaciach otrzymał on zupełne wyleczenie używając li tylko wstrzykiwań; inne przypadki wymagały nadto galwanokauteru i przekłucia rogówki. Dobre wyniki otrzymywał Darier w przypadkach, w których można było przypuszczać zakażenie, jak w przypadkach *ulcus rodens*, *keratitis profunda* i nacieki w naczyniówce. Pomyślne działanie tłómaczy on w ten sposób, że sublimat przechodzi do wnętrza gałki i tu działać może wprost na drobnoustroje. Ostatnią wreszcie z porządku i najpoważniejszą jest praca Dra Gepnera (syna) o zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka, świeżo ogłoszona w *Medycynie* (Nra 36, 37 i 38 r. 1893):

1) W sześciu przypadkach zakażonych ran rogówki z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej i następowem zapaleniem tęczówki (w jednym przypadku 5-go dnia po operacyi zaćmy, było zupełne, ropne zapalenie ciałka rzęskowego i tęczówki), w przypadkach bardzo ciężkich otrzymywał on po 1—2 wstrzyknięciach sublimatu w krótkim czasie bardzo pomyślne wyniki. Polepszenie widocznem było już nazajutrz po pierwszem wstrzyknięciu.

W miąższowem zapaleniu rogówki wstrzykiwania nie wywierały widocznego wpływu na przebieg sprawy; jeden za to przypadek *keratitidis punctatae profundae Stellwagi* wyleczył w ciągu tygodnia, po dwóch tylko wstrzyknięciach.

2) W jednym przypadku zapalenia twardówki, które nie ustępowało przedtem innym sposobom leczenia a w którym zajętą już była trzecia część obwodu rogówki, dość było dwóch wstrzyknięć do przerwania postępu choroby a ośmiu do zupełnego wyleczenia.

3) W chorobach tęczówki, prócz urazowych jej zapaleń w punkcie pierwszym wymienionych, otrzymał Gepner pomyślne wyniki w dwóch przypadkach samoistnego zapalenia tej błony, w obu po dwóch tylko wstrzyknięciach. Jest rzeczą jak najgodniejszą uwagi, że po wstrzyknięciu sublimatu źrenica niezwłocznie zaczyna rozszerzać się od atropiny. Co się tyczy swoistego zapalenia tęczówki, nastąpiło wessanie niewielkiego zresztą kilaka po dwóch wstrzyknięciach w ciągu dni dziesięciu. W innych przypadkach wypadło zaniechać wstrzykiwań.

4) Co do cierpień wewnętrznych błon oka, otrzymał Gepner pewniejsze wyniki w zapaleniu naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów. Po 2—3 wstrzyknięciach następowała poprawa, w jednym przypadku nawet mimo znacznych wynaczynionek w okolicy plamek żółtych; zasługuje zaś na uwagę, że poprawa wzroku widoczną była już wtedy, gdy za pomocą wziernika nie można było jeszcze przekonać się o zmniejszeniu się wybroczyn. Po wstrzykiwaniach sublimatu w *chorio-retinitis myopica* chorzy w każdym razie spostrzegali zmniejszenie się ilości muszek latających i z poprawy byli zadowoleni. Wreszcie znaczne polepszenie $^5/_{15}$ w miejsce $^5/_{50}$ i $^5/_{36}$ otrzymał Gepner nawet w jednym przypadku typowego barwikowego, zwyrodnienia siatkówki.

Ocenienie nowego sposobu leczenia wymaga koniecznie zbiorowej pracy, aby go wypróbować w jak największej ilości przypadków. W tym też celu w ciągu ostatnich kilku miesięcy wstrzykiwałem pod spojówkę sublimat przeszło w 60 przypadkach; lecz w bardzo wielu z nich, ze względu na groźne zjawiska, wypadło uciekać się równocześnie do innych sposobów leczenia, o ścisłości zatem wyników w tych przypadkach nie mogłoby być mowy. To też podaję tu przypadki, które leczyłem li tylko za pomocą wstrzykiwań pod-

spojówkowych sublimatu, chcąc zachęcić do dalszych badań nad działaniem tego środka.

Choroby rogówki.

1) Sara Z., 40-letnia. Danych anamnestycznych żadnych. Drogi łzowe zdrowe. Całą prawie górną połowę lewej rogówki zajmuje wrzód dość głęboki a posuwający się widocznie w kierunku ku wewnątrz. Dwie trzecie komórki przedniej wypełnia ropa. Mocne bóle rzęskowe.

12. Czerwca 1893. wstrzyknąłem sublimat.

15. Czerwca. Ropa wypełnia znacznie mniej, niż dolną połowę komórki przedniej. Bóle ustały zupełnie nazajutrz po wstrzyknięciu, chociaż na razie znacznie się wzmogły. Drugie wstrzyknięcie.

20. Czerwca *Hypopyon* znikło bez śladu; zamglenie dokoła wrzodu znacznie mniejsze; gałka zupełnie blada.

2) Jan B., 12-letni chłopak.

7. Lipca 1892. Przed tygodniem, łowiąc ryby, zarzucił do prawego oka haczyk, który pozostawał w rogówce przez sześć godzin, poczem haczyk wyjęto, jednakże z przedziurawieniem rogówki. Przykładano przez cztery dni mięszaninę z białka i ałunu. W górnej połowie rogówki wrzód wielkości 2 mm., z wyraźnie żółtym odcieniem; dolną połowę komórki przedniej wypełnia rzadka ropa, źrenicy wcale nie widać. Nastrzyknięcie naczyń okołorogówkowych bardzo znaczne, obfity łzotok, światłowstręt, mocne bóle rzęskowe. Wstrzyknąłem sublimat, opaska, atropina z kokainą.

6. Lipca. Gałka blada, ropę widać tylko, jako pasemko na milimetr szerokie, obok brzegu dolnego rogówki, źrenica o połowę rozszerzona, bóle rzęskowe zupełnie ustąpiły. Powtórnie wstrzyknąłem sublimat.

10. Lipca. Źrenica zupełnie rozszerzona, powierzchnia wrzodu wszędzie pokryta przybłonkiem, gałka blada, tylko ku górnemu brzegowi rogówki zmierzają liczne naczynia krwionośne.

18. Lipca. Obok górnego brzegu rogówki biała plamka, nie więcej nad milimetr średnicy mająca, reszta rogówki zupełnie przeźroczysta $V = {}^{20}/_{30}$.

3) Piotr M., 14-letni chłopiec, przed trzema dniami został uderzony w oko bryłą ziemi.

2. Sierpnia 1893. Silne zadraźnienie oka, w dolnej części rogówki wrzód milimetr średnicy mający. Ciepłe okłady dwa razy dziennie, przemywanie kwasem borowym, Jodoform.

4. Sierpnia. Trzecią część komórki przedniej wypełnia ropa.

6. Sierpnia. Ropa wypełnia już większą połowę komórki, nadzwyczaj mocne bóle rzęskowe. Wstrzyknąłem sublimat.

12. Sierpnia. *Hypopyon* znikło zupełnie, gałka blada. Po upływie dziesięciu dni ledwo dostrzegalna plamka w dolnym odcinku rogówki $V = {}^{20}/_{20}$.

4) Małka M., 40-letnia. Drogi łzowe zdrowe. Przed dwoma tygodniami została silnie uderzoną trzonkiem noża w oko lewe.

12. Sierpnia. Mocne bóle rzęskowe; komórka przednia cała wypełniona ropą, która za najlżejszem dotknięciem się gałki występuje przez niewielki otwór w środku górnej połowy rogówki. Wstrzyknąłem sublimat (atropina z kokainą).

16. Sierpnia. *Hypopyon* zajmuje tylko dolną połowę przedniej komórki. Bóle rzęskowe w kilka godzin po zastrzyknięciu ustąpiły prawie zupełnie. Owrzodzenie zajmuje prawie całą górną połowę rogówki a wskutek tego tęczówkę ledwo widać. Powtórnie zastrzyknąłem sublimat.

20. Sierpnia *Hypopyon* jest widoczne tylko na dnie komórki przedniej, owrzodzenie wszakże pozostaje, jak dawniej. Trzecie wstrzyknięcie.

26. Sierpnia. Owrzodziała powierzchnia pokryta przybłonkiem; rozpoczyna się unaczynienie górnej połowy rogówki. We dwa tygodnie później widzieć można było tylko bielmo, które zajmowało trzecią górną część rogówki.

5) Marya Z., 18-letnia. Dnia poprzedniego skaleczono jej lewe oko scyzorykiem.

1. Sierpnia. Rana cięta w górnej i wewnętrznej części gałki ocznej, przebiegająca z dołu i od zewnątrz ku górze i ku wewnątrz. Długość rany 9 mm.; dwie trzecie jej znajdują się w obrębie twardówki. Rana szeroka otwarta; tęczówka posunięta w kierunku ku ranie tak, iż źrenicy wcale nie było widać, mimoto z rany nie wypadła, trudno też było podejrzywać wypadnięcie ciałka szklanego. Zadraźnienie oka bardzo nieznaczne. W ciągu pierwszej doby, wkraplając często mocny rozczyn ezeryny, udało mi się wciągnąć tęczówkę do komórki. We dwa dni później, po zupełnem rozszerzeniu źrenicy przekonałem się, że torebka soczewki również była przekłuta w górnej swej części a przez otwór powstały występowała substancya soczewki; równocześnie spostrzegłem ropę na dnie komórki przedniej.

5. Sierpnia. Ropa zajmowała prawie trzecią część komórki, wystąpiły bardzo mocne bóle rzęskowe, brzegi rany były czyste. Wstrzyknąłem sublimat, do wieczora bóle ustały.

12. Sierpnia. *Hypopyon* nie powiększyło się, natomiast wzmogły się znów bóle. Wstrzyknąłem powtórnie sublimat.

14. Sierpnia. *Hypopyon* znikło bez śladu. Rana zabliźnia się zupełnie prawidłowo. Źrenica cokolwiek tylko przeciągnięta ku górze, zresztą rozszerza się dobrze od atropiny; gałka zupełnie blada, najprawidłowiej rozwija się zaćma urazowa.

W trzech innych przypadkach *keratitidis c. hypopyo* wstrzykiwania nie wywołały żadnej zmiany w przebiegu cierpienia i byłem zmuszony uciec się do cięcia Saemischa.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał

Dr. Antoni Gabryszewski,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Zatrucia śmiertelne należą do rzadkości a opisywane przypadki zdarzały się po dawkach znacznie większych, niż dozwolone. Paweł Reclus na posiedzeniu towarzystwa chirurgicznego paryskiego zeszłego roku zdawał sprawę z dotychczasowych przypadków śmierci z powodu kokainy. Ma ich być dotąd 15, z nich 11 wydarzyło się po użyciu więcej, niż 22 cg. alkaloidu; 4 przypadki, gdzie ilość nie miała przenosić 10 cg., nie są na pewno stwierdzone.

Bądź co bądź liczba to poważna i godna zastanowienia się. Jeżeli za wielka dawka w pierwszym rzędzie odpowiada za złe skutki, to nie da się zaprzeczyć, że istnieje wiele okoliczności sprzyjających zatruciu; mają zaś one zależeć częścią od środka samego i jego stósowania, częścią od ustroju, który go przyjmuje.

Zwróciłem był uwagę na okoliczność, że tylko kokaina czysta i z pewnej firmy daje rękojmię skutku i bezpieczeństwa. Niektórzy przestrzegają przed zbyt zgęszczonymi rozczynami (Reclus i Wall[1]), Fränkel[2]), inni przed wielkim obszarem do injekcyi (G. Hobbs)[3]); jedni i drudzy mają słuszność, ale tylko względną; czy bowiem użyjemy rozczynu zgęszczonego, czy jakiś rozczyn zastósuje-

[1]) Reclus i Wall l. c.
[2]) Fränkel. l. c.
[3]) G. Hobbs. Journ. of laryng. vol. IV. Nr. 2. Centrbl. f. Chir. 93 r.

my na znacznym obszarze, w każdym razie spotrzebujemy większą ilość alkaloidu; to zaś jest dla ustroju obojętne, w jakiem zgęszczeniu lub za pomocą wielu injekcyj wprowadzimy weń truciznę; rozstrzyga tylko ilość tej trucizny.

Przytoczone zastrzeżenia nie zasługują przeto wedle naszego mniemania na uwzględnienie; za to musimy baczną zwrócić uwagę na inne okoliczności usposabiające do złowrogiego działania kokainy. Powiedziałem już, że u dzieci stósować należy tylko nadzwyczaj małe ilości kokainy, bo ją źle znoszą. Podobnie jak dzieci, zachowują się i niektóre dorosłe osoby bez żadnych szczególnych zewnętrznych lub wewnętrznych oznak; toby była idyosynkrazya istotna. Takie jednak osoby należą na szczęście do nadzwyczaj rzadkich wyjątków; zwykle zaś ta dyspozycya indywidualna odznacza się pewnemi cechami. Są to zwykle ludzie nerwowi, chorzy na serce lub niedokrewni a dalej ludzie schorowani, wymęczeni, znużeni lub niewyspani. Na te przemijające zboczenia nie zwrócił dotąd nikt uwagi a są to okoliczności wielkiego znaczenia.

Z takimi pacyentami trzeba być ostrożnym, ale nie trzeba się dziwić ani przerażać, jeżeli blędną, pocą się i mdleją, gdyż zemdleliby i bez kokainy. Wogóle w tej mierze przesadza się w składaniu wszelkich przykrych przypadłości na karb zastrzykniętego alkaloidu. A jednak wieluż to ludzi mdleje przy rwaniu zębów lub przecinaniu zastrzałów bez znieczulenia? ja twierdzę, że ból gwałtowny to daleko lepszy środek na mdłości, niż kokaina.

Ważną bardzo rolę w działaniu kokainy odgrywa miejsce, w które ją się wstrzykuje. Już dawno zwrócono uwagę (Wölfler), że na głowie, na twarzy, w jamie ustnej i nosie daleko łatwiej przychodzi do zatrucia. Wspomniałem już nawet, jak przesadzone na tem tle wyrażono obawy. Jakkolwiek wszakże nie możemy w żaden sposób uznać głowy za miejsce *noli me tangere* ze względu na kokainę, przyznać musimy, że jest to część ciała szczególniej na ten alkaloid wrażliwa. To też dawka na głowie winna być bezwarunkowo mniejszą, niż na reszcie ciała; nie powinna przekraczać dwóch centygramów (0,02).

Jak uzasadnić tę szczególną okoliczność? Zdaje się, że oprócz pobliża ośrodków nerwowych, w szczególności mózgu, ważny wpływ wywiera tu mnóstwo naczyń głowy. Kokaina niezmiernie łatwo dostaje się tu do obiegu krwi a z nim do mózgu, gdzie szybko rozwija swe działanie.

Wielka ilość naczyń wogóle w wysokim stopniu usposabia do zatrucia przez ułatwienie resorbcyi wstrzykiwanego środka. Ztąd wielu autorów ostrzega, aby w mocno unaczynionych okolicach nie używać kokainy (Reclus i Wall, Ricci i t. d.); i my się na to zgadzamy, ale z zastrzeżeniem.

Przy wstrzyknięciu tak małych dawek, jak ich my używamy, nawet wprost do żył, objawy zatrucia będą bardzo nieznaczne. Zresztą objawy te występują tak rychło, że byle chwilkę po injekcyi zaczekać, zobaczy się jej skutki. Zalecamy szczerze taką chwilę cierpliwości po pierwszem wstrzyknięciu, szczególniej w miejscach podejrzanych i niebezpiecznych, bo ona ochronić nas może nieraz od przykrych następstw dalszych injekcyj. Jako takie słabe miejsca wskazujemy zęby mądrości, szczególnie górne, guzy krwawnicowe odbytnicy i t. p. Zato tem śmielej możemy działać na miejscach skąpo w naczynia zaopatrzonych, a już najwygodniej tam, gdzie miejsce operowane od krążenia oddzielić umiemy, t. j. na kończynach. Najlepiej to uczynić zapomocą opaski elastycznej (Esmarcha), która nie tylko chroni od zatrucia, ale dozwalając na użycie większej ilości alkaloidu znakomicie wzmacnia i rozszerza znieczulenie. Wiadomo zresztą, że samo mocne zaciśnienie obniża czucie kończyny. Pierwszym, który użył opaski Esmarcha jako wielkiej pomocy przy znieczulaniu kokainą, był Corning[1]); po nim zrobili to Roberts[2]), Hoffmann[3]) i t. d. a i my widzieliśmy zawsze z elastycznej opaski najświetniejszy skutek. Nie trzeba jej jednak znowu nadużywać do drobnostek, bo takie skrępowanie kończyny jest przykre a nawet bolesne.

Innym znowu środkiem ochronnym przed niemiłymi przypadami po zastósowaniu kokainy jest poziome ułożenie chorego. Sposób ten, oddawna już używany w chirurgii celem zabezpieczenia chorych od omdlenia i jako ratunek w omdleniu, ma ze względu na kokainę podwójną doniosłość. Smutne a częste stósunkowo przypadki w dentystyce przypisać należy zdaniem Pawła Reclusa właśnie zaniechaniu tego środka ostrożności.

W każdym więc przypadku pamiętać należy, że zabieg tak drobny a łatwy odwrócić może niebezpieczeństwo a już, co najmniej, oszczędzić niejednej przykrości. W razie obawy o siły pacyenta dobrze jest dać mu nadto wypić kieliszek dobrego wina lub koniaku przed rozpoczęciem operacyi.

W przypadkach, w którychby mimo wszelkich środków ostrożności przyszło do objawów zatrucia, mamy jeszcze do wyboru inne środki pomocnicze a w pierwszym rzędzie azotyn amilowy (*Amylnitrit*), podany już przez Niemana jako odtrutka dla kokainy. Jako środek nadzwyczaj mocno obniżający parcie krwi, zaleca się szczególniej wobec przypadów niedokrewności mózgowej, w postaci wziewań po 1—5 kropel na chustce lub wacie. Co do mnie, nie mając nigdy cięższego zatrucia, nie potrzebowałem tak energicznej pomocy; używałem go jednak kilkakrotnie w omdleniu, ze skutkiem zupełnie zadowalającym. Feinberg i Blumenthal[4]) na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach zalecili jako odtrutkę kokainy bromek potasu (*kalium bromatum*), Ricci[5]) radzi makowiec, inni wreszcie morfinę, antypirynę, nitroglicerynę i t. d.[6])

Wypadałoby mi przedstawić ciekawy, ale niezmiernie długi szereg objawów najrozmaitszych ostrego zatrucia kokainą. Nie ma to jednak dla nas żadnej wartości, choćby

---

[1]) Corning. l, c.
[2]) Roberts. l. c.
[3]) Hoffmann. Wiener. medic. Wochschr. 1887 r. Nr. 16.
[4]) Deutsche Medicinalzeitung 1884. Nr. 99.
[5]) Ricci. l. c.
[6]) Opierając się na tem, że chloroform działa wprost przeciwnie, jak kokaina, zalecił w 1888 r. Prof. Obaliński kombinacyę tych dwóch środków, jako tak zwaną narkozę mieszaną. Dobre wyniki, jakie zarówno Prof. Obaliński, jak Dombrowski z Petersburga za pomocą tego sposobu otrzymywali, same najlepiej za nim przemawiają. Z drugiej strony, jeśli badania Anrepa, Ugolina Mossy, Ammona, Littena, Freuda it d. przemawiałyby za taką mieszaną narkozą (ze względu na podnoszenie się ciśnienia krwi po kokainie), to innych autorów prace (Erlenmayer, Marvand) odmawiające wspomnianej własności kokainie, narkozę tę kwestyonują. Ciekawą jest rzeczą, że w tymże samym roku 1888. Spediacci ostrzegał przed chloroformowaniem po użyciu kokainy.

W Centralblatt für Chirurgie z 6. Grudnia 1893 r. (patrz *Przegląd lekarski* Nr. 2. z b. r.) zaleca Gautier mieszaninę kokainy z nitrogliceryną.

z tej racyi, że przy ostrożnem użyciu środka, z pewnością uniknąć zdołamy tego niemiłego powikłania. Najczęstsze przypady zatrucia polegają na tem, że chory dostaje zawrotu głowy, blednie i mdleje. Niekiedy zjawia się jakiś niepokój albo strach, rozszerzają się źrenice — chory oddycha nieregularnie a ciężko (tego ostatniego objawu doświadczyłem na sobie samym). Tętno zachowuje się bardzo rozmaicie; zwykle jednak przyspiesza się, słabnie i t. d.

Ciekawe szczegóły najróżnorodniejszych postaci ostrego zatrucia kokainą przejrzeć można w rozprawie inauguracyjnej Dra Marka Lattego (Berlin 1888 r.).

Chcę teraz podać sposoby szczegółowego stósowania kokainy czyli przedstawić technikę znieczulania.

Rzecz wydaje się nadzwyczaj prostą a jednak jest inaczej; nieraz wśród okoliczności zupełnie jednakich jeden nie może otrzymać dokładnego znieczulenia, drugi otrzymuje je z łatwością. Trzeba istotnie doświadczenia i wprawy, aby sobie w każdym poradzić przypadku. Ogólne przepisy tu nie wystarczą; każdy prawie przypadek wymaga innego postępowania. Trudno jednakże zajmować miejsce przytaczaniem każdej operacyi z osobna z zastósowaniem miejscowego znieczulenia. Wszelka kazuistyka to nudny a niechętnie widziany balast; poprzestanę przeto na podaniu ogólnych prawideł a uzupełnię je kilkoma przykładami.

Znieczulanie błon śluzowych nie przedstawia trudności; wciera się w nie rozczyn czyli pomazuje lub po prostu zakrapla[1]). Takie postępowanie wystarcza a laryngologowie prawie, że innych nie używają sposobów, jakkolwiek Chiari[2]) wspomina, że do głębszych warstw należy kokainę wstrzykiwać dodatkowo. O ile chirurg wkracza w te wspólne dziedziny, powinienby na tem samem poprzestać; ale zabiegi chirurgiczne są i głębsze i cięższe, zazwyczaj też dłużej trwają. Mam nadto, może nieuzasadnione, przekonanie, że to smarowanie nie dość dokładnie znieczula a nadto wobec bardzo zgęszczonych rozczynów i dawki nie dość ściśle oznaczyć się dającej, łatwiej sprowadza zatrucie.

Tak czy owak, czy to do stafilorafii czy do wyłuszczania mniejszych guzów nosa i gardła, pewniejsze jest zastrzyknięcie. Schramm[3]) z Drezna robił wprawdzie przez półtrzeciej godziny kolporafię bezboleśnie, smarując kilkakrotnie pochwę 20% kokainą, ale pochwa w ogóle nadzwyczajną czułością nie odznacza się, przeto porównanie nieodpowiednie.

Błony śluzowe więcej zakryte i niedostępne trzeba znieczulać wstrzykiwaniem (irrygacyą) rozczynu w odpowiednie przewody (cewka, pęcherz, odbytnica). Sposób prosty, ale nie pewny, bo wymaga znacznej ilości płynu, przeto rozczyn musi być bardzo słaby. Mimo to spostrzegano w takich właśnie przypadkach ciężkie zatrucia z śmiertelnem nawet zejściem (Simes[4]), Stein[5]), Kolomnin[6])).

Do znieczulenia skóry wstrzyknięcie jest niezbędne. Mówiąc w ogóle o działaniu kokainy, zaznaczyłem wprawdzie, że na skórze zranionej lub otartej może samo pomazanie wywołać znieczulenie; jest ono jednak zbyt powierzchowne, aby go użyć można do jakiegoś zabiegu operacyjnego. Nie mogę się zgodzić z L. Northem z Brooklynu, gdy sobie tak wielce zachwala sposób zalewania ran kokainą, celem wykonania następnie operacyi; zaleciłbym jednak takie zalewanie przy opatrywaniu bolesnych a niezbyt dużych ran, przy przypalaniu wrzodów i t. p.; oszczędzi to choremu wiele bólu a lekarzowi pozwoli sprawę załatwić dokładniej.

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) Zalecone przez Hodgkinsona i H. Percy Dunna (Brit. med Journ. 85) rozpylanie czyli spray działa gorzej i łatwiej zatrucie sprowadza.

[2]) Wien. med. Wochens. 87 r. Nr. 7. 8, 9.

[3]) Centralbl. f. Chir. 85 r.

[4]) Centralbl. f. Chir 89 r.

[5]) Prager med. Wochs. 89 r. 32.

[6]) Kolomnin wstrzyknął pewnej kobiecie do odbytnicy w lawatywie około półtora grama kokainy celem następnego wyskrobania owrzodzeń. Po trzech godzinach nastąpiła śmierć a lekarz tak wziął sobie tę sprawę do serca, że rewolwerem życie sobie odebrał.

III. Nowy sposób żywienia chorych.

Podał
Czesław Sędzimir,
Doktorand medycyny w Krakowie.

Mając w najbliższej sobie rodzinie osobę chorą na gruźlicę płuc z niezbyt rozległemi jeszcze naciekami, która jednak wskutek stanowczego wstrętu do jadła, nieprzyjmując żadnych pokarmów niezmiernie chudła, widziałem się zniewolonym przystąpić do żywienia chorej zapomocą zgłębnika. Ponieważ jednak wymieniona chora jest bardzo wrażliwą, nieco histeryczką i nadzwyczaj mało posiada siły woli, nie udało mi się założenie zgłębnika, a gdy to samo zdarzyło się i uproszonemu przezemnie, biegłemu w tej mierze lekarzowi, zrozpaczony przemyśliwałem, jakimby przecież sposobem wprowadzić pokarmy do żołądka chorej. Rezultat był następujący:

Z cieniutkiej, lecz bardzo gęstej tkaniny jedwabnej uszyłem rurkę o przekroju 4 milimetrów a długości metra. Oba końce zostawiłem otwarte; do jednego przytwierdziłem kawałek prasowanej waty tak, aby rurki nie zacisnąć, t. j. przyszyłem ją tylko na sznureczku do ściany rurki przy jej końcu, drugi zaś otwarty koniec obrąbiłem. Przed przystąpieniem do chorej napoiłem watę w cukierniczej mieszaninie żółtka, miodu i wanilii, rurkę zaś samą, aby była śliską w słodzonem białku. Rurka wskutek przemoknięcia zamieniła się w cienki sznurek. Aby przy próbie znieść zupełnie wrażenie sznurka w ustach, pomazałem chorej lekko wargi, język i podniebienie mocno słodzonym rozczynem kokainy i przystąpiłem do rękoczynu. Poprosiwszy chorą, by zamknęła oczy a otworzyła usta, dałem jej najpierw przełknąć dwie owocowe pomadki z krótkiemi sznureczkami a następnie z przykazem, aby nic nie żuła ani smakowała, ową słodką watę. Cel był osiągnięty: chora połknęła watę a z nią zgłębnik. Wówczas wytłomaczywszy chorej podstęp, na wolny koniec zgłębnika nałożyłem strzykawkę napełnioną 150 gramami żółtka kurzego i wstrzyknąłem całą tę ilość do żołądka, poczem zgłębnik wraz z watą wyciągnąłem napowrót.

Od tego czasu powtarzam zabieg codziennie z widocznym skutkiem a chora nie czuje przy całej manipulacyi żadnej przykrości. Tym też sposobem podaję leki, do których chora czuje idyosynkrazyę.

Gdy zapuszczanie zgłębników zwykłych bywa tak przykrem dla chorego i lekarza, zwłaszcza jeżeli chory jest nadmiernie wrażliwy, gdy ogół uważa sondowanie za zabieg wielki i bardzo przykry, sądzę, że dobrze robię, publikując swój przypadek tem więcej, że tak często zachodzi potrzeba forsownego żywienia chorych bądź mających wstręt do

jadła, bądź zbyt wrażliwych na zgłębnik dzieci i kobiet. W końcu nadmieniam, że waty użyłem dla tego, aby bez żucia najdokładniej naśladowała kęs fizyologiczny.

IV. Oceny i sprawozdania.

Psychiatrya.

Dr. Adolf Rothe: **Rys dziejów psychiatryi w Polsce.**

Warszawa 1893, w 8-ce, stron VII i 136, odbitka z Pamiętnika Tow. lek. Warszawskiego z roku 1892.

Dziełko niniejsze napisane przez autora, znanego z licznych prac w dziedzinie psychiatryi, jest ważne już z powodu, że zwiększa poczet nader nielicznych prac psychiatrycznych w języku polskim ogłoszonych, a tem bardziej z powodu, że położyło sobie za zadanie skreślić historyę psychiatryi w Polsce. Wprawdzie, komu znany jest niski stan tej gałęzi nauki u nas obecnie a tem bardziej w przeszłości, dziwić się musi odwadze szanownego autora, który zabrał się do napisania historyi tej nauki u nas. Pierwszem pytaniem nasuwającem się każdemu, który bierze do ręki dziełko to, jest: o czem mógł pisać autor aż na 136 stronnicach? Dowiadujemy się o zamiarach szanownego autora z przedmowy, w której zapowiada, że opierając się na pracach Gąsiorowskiego, oraz na słowniku lekarzy polskich, iście benedyktyńskiej pracy ś. p. Kośmińskiego, odważył się na urzeczywistnienie swego zamiaru i że, o ile było możebnem, zebrał całą literaturę psychiatryczną począwszy od czasów najdawniejszych aż do lat ostatnich, oraz przytoczył i te artykuły nielekarskie, które się odnoszą do obłąkania i obłąkanych, spodziewając się, że przyszłemu badaczowi praca jego ułatwi i utoruje drogę. Przyklasnąć musi autorowi za chwalebne usiłowania każdy, kto zna trudności, z jakiemi autor miał do walczenia i podziwiać wytrwałość jego w spisaniu rzeczy, leżącej dotychczas u nas odłogiem. Trzeba rzeczywiście być wyrozumiałym dla tej pracy, jeżeli uwzględni się wielkie zamiłowanie w przedmiocie, co do którego niejeden byłby zakłopotany, gdyby mu przyszło o nim słów kilka napisać.

Autor zaczyna od czasów przedhistorycznych, zestawiawiając te szczupłe wiadomości, które dają się odnieść z czasów pogańskich do historyi przedmiotu, któremu poświęcił swój czas i pracę.

Przechodząc następnie do czasów chrześciańskich wymienia jako najdawniejszego lekarza Polaka, o którym doszła do nas wiadomość, Jana Smerę, około r. 990, lekarza przybocznego Włodzimierza I, księcia kijowskiego. Dopiero w wieku XI. i XII. znajdujemy wzmiankę o lekarzach pełniących służbę na dworze królewskim. W wieku XIII znajdujemy Polaków w uniwersytetach zagranicznych, jak w Salernie, Bononii, Pawii i Paryżu, z pomiędzy których najsławniejszy jest Ciołek (Vitelio), w którego wielkiem dziele o optyce znajduje się dokładny opis oka pod względem anatomicznym i fizyologicznym. Chociaż w wieku tym powstały już szpitale przy klasztorach (w Poznaniu, Sławkowie i Krakowie), to jednak były to tylko schroniska dla pielgrzymów i wędrowców; lekarzy można było napotkać tylko na dworze królów, wielkich panów i biskupów.

Wiek XIV. i XV. były czasem rozkwitu w Polsce nauk pod wpływem uniwersytetów w Krakowie, w Wilnie i Zamościu. Wiek XVI słusznie wiekiem złotym w literaturze polskiej zwany, wykazuje i na polu lekarskiem pewien ruch, jak n. p. występują prace o przymiocie, ale i o kołtunie (*plica polonica*), chociaż pod koniec tego wieku astrologia, owa modna wówczas w całym świecie pseudo-nauka, przyplątała się do nauk lekarskich a przesądy i zabobon, które na całym Zachodzie europejskim rozwielmożniły się były, i Polski nie oszczędziły.

Następuje rozdział pod tytułem: *Historya literatury chorób umysłowych*, w którym autor zastanawia się nad dziełem Miechowity i kilku innych pisarzy, jak Strusia, Wedelickiego, Szymona z Łowicza, Jana Benedykta, Schneebergera, Grutyńskiego, Jana Nidana i przechodzi następnie do czasów upadku literatury ogólnej, jakoteż przyrodniczej i lekarskiej, będącego wynikiem upadku oświaty wogóle, od czasów, gdy rozpoczęła się walka z herezyą. Z okresu tego wymienia autor jako na uwagę zasługujących Jana Brożka, Aleksandra Mysłowskiego, Adama Oelhafa, Piotra Czachowskiego, Franciszka Rolińskiego, Daniela Beckhera, Krzysztofa Gottwalda, Jana Troppanigera, Jana Zajączkowskiego, Jana ze Szamotuł, najznakomitszego lekarza polskiego z XVII. wieku, inaczej także Janem Johnstonem zwanego, którego dzieło doczekało się 12 wydań a przełożone na język angielski służyło za podręcznik wykładowy w akademiach angielskich; Henryka Erndtela, lekarza przybocznego króla Augusta II., Kassyusza Jagielskiego, Behra Falkensona ze Żmudzi, F. L. de la Fontaine, lekarza przybocznego Stanisława Augusta, którego rozprawy lekarskie ukazały się w języku polskim i niemieckim. Wreszcie wspomina o popularnem dziele Ludwika Perzyny z zakonu Bonifratrów (urodzonego w Krakowie r. 1776. † w Kaliszu r. 1812.); poglądy jego nazywa trzeźwymi, racyonalnymi i rozsądnymi. W manii w młodym wieku chłostę uważa za najlepsze lekarstwo, ale i w opętaniu najlepszym środkiem jest rózga i batóg; o czarach wyraża się całkiem postępowo: „Wiedzieć macie, że to wszystko niczem innem nie jest, jeno oszustwem i oszukaństwem, gdyż przez nadnaturalne środki lub przy ich pomocy nie można wcale wyrządzać komukolwiek szkody lub krzywdy.“

Następuje rozdział o wierze w czarta i czary, oraz o prześladowaniu czarownic w Polsce. Wychodząc z zapatrywania się, że ludzkość wogóle w dziecięctwie swojem jest skłonną wierzyć w istoty nadziemskie, wskazuje na to, że i Polacy odróżniali ducha dobrego od złego a w ten sposób wykonawstwo medycyny połączyło się mimowolnie z pewnymi obrządkami pobożnymi. Z wprowadzeniem prawa magdeburskiego przyjął się i zwyczaj prześladowania czarownic oraz czarnoksiężników; jednak prześladowanie ich nie doszło do tego stopnia, co w Niemczech; to też jedna z pierwszych kobiet, oskarżonych o czary, Małgorzata Bilkowska w roku 1501, broniła się przed kapitułą poznańską i została uniewinnioną. Wszakże łagodnym dla nich był statut Wiślicki ogłoszony w r. 1347. a obowiązujący aż do r. 1776. a bulla papieża Innocentego VIII. z r. 1484. polecająca najsurowsze prześladowanie czarownic, nie miała w Polsce szczególnego wpływu, gdyż sprawy te w XV. i XVI. wieku należą u nas do rzadkości a nawet zakon Dominikanów, tak gorliwy w prześladowaniu czarownic, zachowywał się u nas dosyć biernie.

U nas wszystko od śledztwa, aż do sądu i tortur szło trybem niemieckim od czasu wprowadzenia sądu magdeburskiego. Nie mało przyczynił się do nadania znaczenia donioślejszego sprawom o czary przekład polski tak zwanego *Młota czarodziejskiego* przez Stanisława Ząbkowicza, sekretarza księcia Janusza Ostrogskiego, dokonany w Krakowie w roku 1614. Następuje zestawienie procesów wytoczonych czarownicom, począwszy od pierwszej Małgorzaty Bilkowskiej aż do ostatniej, w której procesie jeszcze w r. 1761 stosowano męczarnie. Teraz dopiero na stronicy 80. autor pisze o opiece nad obłąkanymi w Polsce; mówiąc o szpitalach, które powstały w dawnej Polsce, podnosi zasługi zakonów a mianowicie najpierw Benedyktynów oraz Braciszków św. Jana Jerozolimskiego, późniejszych Maltańczyków, za których staraniem powstał szpital św. Michała w Poznaniu w r. 1170. przez Mieczysława Starego założony; dalej kanoników de Saxia Sancti Spiritus, którzy założyli w roku 1203. szpital w Sławkowie, później przeniesiony do Krakowa, w roku 1282. w Sandomierzu, w r. 1283. w Kielcach, 1374. w Rawie, 1442. w Warszawie, 1289 ponownie w Sławkowie i w wielu innych miejscach.

Z powodu pomnożenia się liczby ubogich wskutek często panujących zaraz, wojen i głodu, państwo widziało się zmuszonem wydać przepisy przeciw włóczęgom, którzy niepokoili kraj żebraniną, kradzieżą i rozbojem. Wszystkie zakłady dobroczynne pozostawały pod wyłącznym sterem duchowieństwa świeckiego i zakonnego aż do r. 1775., w którym król Stanisław August utworzył Radę stałą, pod którą przeszły zakłady dobroczynne. Pomiędzy wieloma zakonami przybyłymi do Polski w różnych czasach znajdowali się i Bracia miłosierdzia (Bonifratelli, Bonifratrzy), którzy szczególne położyli zasługi koło pielęgnowania chorych. Sprowadzeni w roku 1609. do Krakowa, otrzymali od miasta kościół i szpital przy ulicy świętojańskiej a podupadłym z biegiem czasu w r. 1812. książe warszawski a król saski, Fryderyk August oddał nowe budynki na przedmieściu Kazimierzu, gdzie ich zakład istnieje po dziś dzień. Z Krakowa rozeszli się po całej Polsce i zakładali szpitale, w których przyjmowano i obłąkanych. W ogóle los obłakanych doznał znacznego polepszenia od czasu zajęcia się nimi Bonifratrów u nas: zaczęto ich uważać za istotnie chorych i traktować ich bardziej po ludzku. Szpital św. Jana Bożego w Warszawie, istniejący do dziśdnia, mieści 200 chorych, mężczyzn i 100 kobiet wyłącznie chorych na umyśle. Drugim szpitalem w Warszawie jest szpital Dzieciątka Jezus, założony w roku 1754., który ma i oddział dla obłąkanych, a oddział chorych na umyśle kobiet, w nim mieszczący się, został założony w chwili otwarcia nowego zakładu w Tworkach. Gmina żydowska w Warszawie posiada od r. 1835 w szpitalu swym ogólnym oddział dla obłąkanych, w którym znajduje pomieszczenie średnio po 25 mężczyzn i tyleż kobiet. Nadto przy areszcie policyjnym miejskim istnieje tak zwany oddział dla obłąkanych, w którym pomieścić się może do 15 umysłowo chorych. Następnie posiada Warszawa zakład prywatny, założony przez ś. p. Dra Chomętowskiego, pozostający obecnie pod kierunkiem lekarskim Dr. Taczanowskiego na 15 cho ych; dla chorych wojskowych istnieje w szpitalu Ujazdowskim oddział psychiatryczny na 75 osób. Poza Warszawą istnieje dom przytułku w Górze w Kalwaryi, w którym mieścić się może do 50 osób obojej płci; w Lublinie w szpitalu Bonifratrów jest miejsce dla 30 chorych; w szpitalu zaś Sióstr Miłosierdzia tamże na 20 obłąkanych kobiet; wreszcie w szpitalach prowincyonalnych, których jest w Królestwie 70, rocznie znajduje przytułek około 109 chorych na umyśle. Wreszcie w r. 1891 otworzono szpital w Tworkach; zakład ten przeznaczony jest na 420 chorych płci obojej; zbudowany według systemu pawilonowego posiada wszystko, czem dzisiejsza technika szpitalna rozporządza, kuchnia i pralnią parowa, oświetlenie elektryczne, wodociąg i t. d. Dla nieuleczalnych przeznaczoną jest kolonia mogąca pomieścić 101 a 319 uleczalnych znajduje się w zakładzie zamkniętym. Zakład ten przeznaczony jest dla chorych na umyśle z całego Królestwa, podczas gdy szpital św. Jana Bożego pozostaj dla stałych mieszkańców Warszawy. Pomimo atoli otwarcia zakładu w Tworkach potrzebie kraju nie uczyniono zadość. Na podstawie wzoru zestawionego przez doktora Krassowskiego względem powiatu Lipnowskiego w gubernii Płockiej autor oblicza w przybliżeniu na 8½ mil. mieszkańców. które podług ostatnich wykazów liczy Królestwo, liczbę obłąkanych na 5697. (W Galicyi podług obliczenia z roku 1875 przypada 1 chory na 2489, w Czechach 1 : 2000); ze względu jednak na stosunek o wiele wyższy, zachodzący w niektórych powiatach Królestwa, jak n. p. w Warszawie i w Łodzi, można przypuścić, że w Królestwie przypada 1 : 1000, czyli że na 8½ miliona jest 8500 chorych na umyśle. Na tę liczbę można pomieścić wszystkiego tylko 795 chorych, czyli że przypada 1 miejsce na 10828 mieszkańców. Nie lepsze są stosunki w Galicyi i w Poznańskiem. W Krakowie istnieje w szpitalu św. Łazarza nowo wybudowany oddział dla obłąkanych na 85 chorych, który może pomieścić 120 chorych. Dodajmy, że wskutek inicyatywy Wydziału lekarskiego jest w toku wybudowanie i urządzenie kliniki psychiatrycznej i utworzenie pierwszej katedry psychiatryi w Krakowie. W Kulparkowie pod Lwowem istnieje zakład krajowy, przeznaczony dla 520 chorych a oprócz tego 2 zakłady prywatne: w Krakowie Dra Żuławskiego na 8 chorych a we Lwowie Dra Dobińskiego na tyluż chorych. W Poznańskiem zaś zakład prywatny Dra Karczewskiego przeznaczony dla 30 chorych.

W rozdziale pod napisem *Czasy najnowsze* znajdujemy dokładny spis nowszych prac psychiatrycznych, ogłoszonych, przez lekarzy Polaków. Dzieli je autor na dwa działy: przygodne i na takie, które na psychiatryą polską wywarły pewien wpływ donioślejszy; spis ten opiera się na słowniku Dra Kośmińskiego. W dziale pierwszym mieszcza się nazwiska 42 lekarzy z wymienieniem ich prac. W dziale drugim podanych jest porządkiem abecadłowym 51 lekarzy.

Oto treść dokładna pracy Dra Rothego, pracy pod każdym względem starannej, zasługującej na uznanie, jako pierwszej w tym przedmiocie; żeby zaś ocena nie była prostą parafrazą, obejść się nie może bez wytknięcia strony ujemnej. Jako taka uważałbym jedynie obszerne traktowanie spraw czarownic i czarowników, które zbyt wiele miejsca zajmuje w książce, jakkolwiek przyznać należy, że nie kosztem psychiatryi; wypełnia ono tylko lukę, pozostawioną przez brak przedmiotu samego, który w Polsce właściwie leżał odłogiem, tak jak w ogóle w całym świecie od niedawna dopiero jest uprawiany. W rzeczywistości trudno historyę obłąkania traktować z pominięciem przesądów, które przez długie czasy rozwielmożniły się z braku poglądów trzeźwiejszych na kwestye czysto naukowe, a jeżeli *Rys dziejów psychiatryi w Polsce* okazuje się nie bardzo obfitym w stronę czysto naukową, to temu winna sprawa sama, to jest brak umiejętnego traktowania chorób umysłowych przez szkoły i lekarzy, oraz brak odpowiednich dla pielęgnowania i leczenia chorych na umyśle zakładów. W każdym razie atoli szanowny autor położył wielką zasługę, że w sprawie tej początkował i dał późniejszym pracownikom możność oparcia się na jego pracy i dalszego rozwinięcia rzeczy; powiemy nawet więcej, że prawdziwą zasługą jego jest, iż się zabrał do opracowania historyi psychiatryi w Polsce, o której niejeden nie zdołałby prawie nic napisać a przynajmniej odstraszyłby się próżnią, w którą byłby zmuszony zajrzeć, gdy szanowny autor sięgnął do wszystkich przystępnych sobie źródeł i z wielką pracowitością przedstawił nam zasługi niektórych dawniejszych pracowników, mało dotąd komu znanych, a jeżeli dzięki jego pracowitości stanęły przed nami wizerunki Johnstona i Perzyny w obrazach wiernych obok wielu innych, którzy w porze mglistej pracowali na tej niwie, to już poczuwamy sie do wdzięczności, że uratował od zapomnienia lekarzy zasłużonych i światłych, oddawszy hołd ich skromnej, ale donioslej zasłudze.

Prof. Dr Leon Halban.

Choroby nerwowe.

Eulenburg: O erytromelalgii.

Nazwy powyższej użył pierwszy Weir Mitchel na oznaczenie cierpienia cechującego się bólami i mocnem zaczerwienieniem kończyn. (ἐρυθρός = czerwony, μέλος = członek, ἄλγος = ból). Lannois nazwał chorobę tę porażeniem naczynioruchowem kończyn, chcąc przez to z góry oznaczyć jej patogenezę. Liczba przypadków dotąd zebranych jest jeszcze dość skąpa i dla tego ani etyologii, ani zmian anatomicznych i przebiegu klinicznego należycie nie opracowano. Eulenburg uważa erytromelalgię nie za samoistną chorobę, lecz za objaw a raczej zbiór objawów pochodzenia ośrodkowego. Twierdzenie swoje popiera E. dokładnym opisem trzech przypadków, w których objawy erytromelalgii towarzyszyły innym, ciężkim zboczeniom natury nerwowej. Z objawów i przebiegu choroby w tych przypadkach, których historye choroby jakkolwiek nader ciekawe, trudno tu przytoczyć, wysnuwa E. następujące wnioski: Przypuszczenie Lannoisa, że osoby narażone na działanie niskiej ciepłoty ulegają chorobie, o której mowa, nie jest słuszne. Przypusz-

czenie to trudno nawet pogodzić z tą okolicznością, że chłód łagodzi objawy erytromelalgii, której przebieg w czasie zimy jest znacznie łagodniejszy, niż w porze letniej. W wszystkich 3 przypadkach Eulenburga cierpieniem nawiedzone były osoby z usposobieniem wybitnie newropatycznem. Uwagi godną jest okoliczność, że dwa przypadki erytromelalgii tyczyły się osób zajmujących się natężającą pracą ręczną (krawieczyzną), a w jednym przypadku, u kobiety, u której cierpienie występywało tylko w rękach, roboty ręczne wywoływały zazwyczaj napady zaostrzania się choroby. Że jednak nie sama praca ręczna jest przyczyną tego cierpienia, wynika już z tego, iż bóle i zaczerwienienie występują symetrycznie po obu stronach i to nie tylko w rękach, ale zazwyczaj i to mocniej w kończynach dolnych.

Nie ulega prawie wątpliwości, że erytromelalgia jest nerwicą czuciową (bóle) i naczynioruchową (zaczerwienienie, obrzęk, podwyższenie ciepłoty) a nierzadko też wydzielniczą (poty) i troficzną, (obrzmienie stawów, przerost skóry). Niektóre oznaki przemawiają za natura centralną tej nerwicy.

Erytromelalgia należy zdaniem E. do tej grupy stanów chorobowych, które obejmując symetrycznie kończyny, przebiegając chronicznie, mają swą siedzibę głównie w tylnych i bocznych częściach substancyi szarej rdzenia pacierzowego i rozszerzają się ztąd i na sąsiednie części rdzenia. Tu należą prócz choroby, o której właśnie mowa: syryngomyelia, choroba Morvana i t. zw. choroba Raynauda (asfiksya i zgorzel symetryczna). (*Deutsche med. Wochenschrift. 1893. Nr. 50*). Beck.

Choroby wewnętrzne.

Senator: **O przerostowej i zanikowej marskości wątroby.**

Nauka o marskości wątroby (*cirrhosis hepatis*) stała się w najnowszych czasach przedmiotem ożywionych dyskusyj bez doprowadzenia wszakże do zgodności poglądów.

Już Laennec (1819) oddzielił marskość od innych chorób wątroby, uważając wszakże znajdywane w niej guzy na powierzchni, czy na przecięciu za nowotwory, w których natomiast Boulland i Andrall (1827) dopatrywali się bujania tkanki gruczołowej. Bright, tłómacząc powstanie puchliny brzusznej (*ascites*) na tle zatkania się żyły wrotnej i jej rozgałęzień w wątrobie, dodaje oraz, że organ ten pozostaje niekiedy stale powiększony i już w zanik nie przechodzi.

Po bliższem zapoznaniu się z histologią tego gruczołu, ustaliło się przekonanie, że pod nazwą *cirrhosis hepatis* należy rozumieć przewlekłe, międzymiąższowe zapalenie tkanki łącznej, poczynające się od jej bujania w torebce Glissona a przechodzące w dalszym ciągu wzdłuż rozgałęzień żyły wrotnej w miąższ wątroby, który też pod wpływem jej ucisku zanika i ściągając się bliznowato, wywołuje zmniejszenie się tego gruczołu i guzowatości na jego powierzchni. Towarzyszące objawy, jak puchlina brzucha, obrzęk śledziony i rozszerzenie żył, tłómaczono zastojem w zakresie żyły wrotnej.

W ciągu ostatnich lat dały się słyszeć wszakże zdania, sprzeczne z dotychczasowym poglądem a to na podstawie obserwacyj, tyczących się stałego powiększania a przynajmniej nie zmniejszania się wątroby, występowania marskości z żółtaczką, której zwykle brak w formie opisanej przez Laenneca, wreszcie przypadków bez puchliny brzusznej i t. d. i przyjęto dla wytłómaczenia takich stanów, że istnieją dwa rodzaje przewlekłego zapalenia wątroby, t. j. jeden ze zanikiem ziarnistym (*Granularatrophie*) Laenneca, drugi zaś z powiększeniem wątroby, najczęściej bez następowego ściągania się (*Schrumpfung*), i bez puchliny, ale z żółtaczką. Wnet potem jednak Olivier, Lendel, Hayem, Cornil i Hanot poczęli opisywać przypadki powiększenia się wątroby, utrzymującego się aż do śmierci z żółtaczką a bez puchliny, lub też powstającego na tle przewlekłego zatrucia wyskokiem bez żółtaczki i puchliny lub też z niemi.

Wreszcie Charcot i Gombault (1876) wypowiedzieli stanowczo zdanie, że istnieją trzy formy zapalenia wątroby wśródmiąższowego (*hepatitis interstitialis, cirrhosis hepatis*) a to:

I) forma Laenneca z zanikiem.

II) *Cirrhosis biliaris*, wychodząca z układu naczyń żółciowych a dająca się również wywołać sztucznie przez podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego, klinicznie zaś występująca z przerostem i żółtaczką, wobec niedrożności przewodu wątrobowego lub żółciowego wspólnego.

III) Powiększenie się wątroby w kile dziedzicznej.

Pierwsza z tych form polega wedle Charcota i Gambaulta na rozwoju tkanki łącznej, głównie od żyły wrotnej i jej rozgałęzień, obejmuje pierścieniowato zraziki z osobna lub całą ich grupę od obwodu tak, że zachowują one swą postać, nie wciska się natomiast pomiędzy komórki, z których też zanikają tylko wciśnięte od obwodu. Jest to zatem forma pierścieniowata wielozrazikowa i pozazrazikowa (*annularis multi- et extralobularis*).

W marskości żółciowej (*biliaris*) buja tkanka łączna poczynając od naczyń żółciowych, otacza każdy zrazik z osobna, wnikając między jego komórki, które uciska i od innych rozdziela tak, że zmienia postać zrazika. Formę tę można oznaczyć jako wysepkowatą, jednozrazikową i wśródzrazikową.

W postaci tej wątroba jest gładka, stale powiększona aż do śmierci, przyczem można widzieć żółtaczkę i obrzmienie śledziony, brak natomiast puchliny i jakichkolwiek oznak w zakresie żyły wrotnej.

Podział powyższy Charcota okazał się w wielu przypadkach niedostatecznym tak, że musiano wnet przyjąć formę pośrednią, jako tak zwaną: *cirrhose mixte* a następnie uznano też ogólnie istnienie zapalenia wątroby wśródmiąższowego (*hepatitis interstitialis chron.*) nie przypadającego do żadnej z postaci Charcota i przyjęto w myśl Ackermanna (1880) podział na marskość wątroby przerostową i zanikową.

Na pytanie, czy jest zasadnicza różnica, podział ten usprawiedliwiająca, trudno odpowiedzieć ze stanowiska czysto anatomicznego, zważywszy, z jak wielu przyczyn tkanka łączna wśródmiąższowa wątroby może popaść w zapalenie przewlekłe. Raz bowiem może wyjść bodziec zapalny od żyły wrotnej, jak w zatruciu wyskokiem, to znów od dróg żółciowych, czy to przez sam zastój żółci, czy też za równoczesnym udziałem drobnoustrojów; mogą też pośrednio dać powód do marskości wątroby wady serca i rozedma, wreszcie zapalenie tkanki łącznej międzykomórkowej w wątrobie może być tylko dalszym ciągiem przewlekłego zapalenia otrzewny wątrobowej, jak to nierzadko zdarza się w przewlekłem zapaleniu gruźliczem otrzewny. Często też jeden i ten sam wpływ szkodliwy, jak n. p. wyskok, działa równocześnie na rozmaite narządy tak, że przychodzi ztąd do kombinacyi marskości wątroby z zastojem w wielkiem krążeniu, z nieżytem żołądka i jelit, z przewlekłem zapaleniem otrzewny i t. p.

Są wreszcie znane przypadki, odpowiadające tak z przebiegu, jak i z oględzin pośmiertnych Charcotowskiej marskości wątroby z żółtaczką (*cirrhosis hep. cum ictero*) a z nich okazuje się, że w owej formie Charcotowskiej odgrywa główną rolę międzyzrazikowe (*intralobul.*) bujanie tkanki łącznej i to już wcześniej i we większych rozmiarach, niż w innych rodzajach marskości i że dalej komórki wątroby z początku i na szczycie choroby pozostają mniej więcej utrzymane a zanikają dopiero w dalszym przebiegu współcześnie z zastojem żółci i ciężkiemi zmianami we krwi.

Od typowej postaci klinicznej przewlekłego zapalenia wątroby śródmiąższowego (*hepatitis interstitialis chron.*) zbaczają przypadki najczęściej co do wielkości wątroby, co do obecności lub braku obrzęku śledziony, żółtaczki i puchliny, jak oraz i innych objawów zastoju w zakresie żyły wrotnej.

Zmiana wielkości wątroby zależy z jednej strony od ilości i natury nowoutworzonej tkanki łącznej, z drugiej strony od zachowania się miąższu wątroby. Gdy bowiem tkanka łączna okazuje skłonność ku bliznowatemu ściąganiu się a komórki wątroby giną przytem w znacznej ilości, to oczywiście przychodzi do pomniejszenia się tego narządu. Jedno i drugie bywa w typowej postaci Laenneca, tak zwanej czę-

ściowej marskości (*cirrhosis partialis*), podczas gdy przeciwnie ma się rzecz w opisanej głównie przez Hanota marskości z przerostem i żółtaczką, gdzie komórki wątrobowe pozostają prawie zupełnie utrzymane a nowo powstała tkanka łączna nie ściąga się, wreszcie i naczynia włosowate pomiędzy zrazikami nietylko nie zanikają, jak w formie poprzedniej, ale owszem nawet znacznie rozszerzają się, ułatwiając krążenie żylne w organie.

Stósunki powyższe nie występują zresztą równo we wszystkich przypadkach a mniejszy lub większy zanik komórek wątrobowych i naciek tłuszczowy, zwyrodnienie skrobiowate i t. p. wpływają również na wielkość wątroby, wytwarzając formy pośrednie, odpowiadające opisanej przez Francuzów *cirrhose mixte*.

Występowanie żółtaczki zależy raz od czynności komórek żółć wytwarzających, to znów od warunków odpływu żółci. W razie utrudnienia jego potrzeba wszakże nadto do wytworzenia żółtaczki, by limfa wątroby mogła się wlewać swobodnie do krwi. Wykazano bowiem, że nawet w zupełnem zamknięciu przewodów żółciowych wcale nie przychodzi do żółtaczki, dopóki jest utrudnione przejście limfy z wątroby do krwi, n. p. przez podwiązanie przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*).

W formie Laenneca marskości wątroby wcale niema korzystnych okoliczności do powstania żółtaczki; raz dlatego, że znaczna część komórek wątrobowych już wcześnie ginie z powodu utrudnienia obiegu krwi w zakresie żyły wrotnej a ztąd i mniej żółci wytwarza; powtóre, że odpływ żółci nie jest utrudniony, gdyż większe przewody żółciowe nie przestają być drożne a ściśnięcie najdrobniejszych przez bujającą tkankę łączną równoważy się przez tworzenie się nowych; wreszcie drobne naczynia limfatyczne, oplatające w wątrobie żyłę wrotną, uciśnione przez tkankę łączną, stają się niedrożne, skutkiem czego i dostanie się żółci do krwi jest utrudnione lub nawet zupełnie powstrzymane.

W formie Hanota (*cirrhosis hypertrophica cum ictero*) nie giną komórki wątrobowe, owszem ulegają nawet przerostowi; mogą zatem wytwarzać żółci więcej, niż w stanie prawidłowym, ta zaś skąpo odpływa, jak można o tem sądzić z odbarwienia stolców, czego przyczyna tkwi prawdopodobnie w przewodach żółciowych średniego kalibru, które stanowią przeważnie punkt wyjścia dla tworzenia się tkanki łącznej i przez nią są też uciśnione (*angio- et periangiocholitis*). Gdy nadto o uciśnieniu naczyń limfatycznych mowy tu niema, to zatrzymująca się żółć tem łatwiej bez przeszkody może przechodzić do krwi.

Puchlina brzuszna (*ascites*) i rozszerzenie żył na skórze brzucha i w przewodzie pokarmowym są następstwem zastoju w żyle wrotnej; niemniej też ważny wzgląd stanowi tu zgrubienie i skrócenie krezki (*mesenterium*) a następowo i jelit wskutek zapalenia około naczyń i tworzenia się tkanki łącznej około dwóch głównych gałęzi żyły wrotnej, t. j. żyły krezkowej górnej i dolnej. Tego rodzaju *periphlebitis mesenterica chronica* powstaje skutkiem podrażnienia, zwłaszcza wyskokiem, którego działanie na tychże żyłach najmocniej się odbija. Zmiana ta, przez Brihgta opisana, tłomaczy puchlinę i ciężkie zboczenia w trawieniu, które w *cirrhosis partialis* Laenneca są na porządku dziennym, których zaś w innych formach brakuje. Zastój w pniu żyły wrotnej odbija się również na żyle śledziennej a dalej i na żyłach żołądka, gdzie jednak samodzielnie zmian równie wybitnych nie sprowadza.

Obrzęku śledziony nie można dotąd wytłómaczyć w sposób dostateczny. Wspomniany co właśnie zastój w zakresie żyły śledziennej sam przez się nie wystarcza, gdyż obrzęk śledziony daje się wykazać już dość wcześnie i wyraźnie w czasie, gdy objawy zastoju w zakresie żyły wrotnej wcale jeszcze nie występują lub występują tylko w niskim stopniu a utrzymują się, chociaż nawet one ustąpiły. Należy przypuścić, że inne przyczyny na wątrobę działające, jak przewlekłe zatrucie wyskokiem, kiła, zimnica, zwyrodnienie skrobiowate wpływają również i na śledzionę, wywołując rozrost (*hyperplasia*) jej tkanek.

Jeśli się wreszcie do powyższych wywodów doda, że wiele cierpień, jak zapalenie przewlekłe otrzewny, zastój w zakresie żyły głównej dolnej (*vena cava inf.*), zwyrodnienia skrobiowate mogą wikłać i potęgować właściwą chorobę wątroby, to nie wyda się dziwnem, jak zmienny obraz chorobowy może przedstawiać przewlekłe zapalenie wątroby śródmiąższowe, co zresztą nie przeszkadza bynajmniej szeregować równoczesnych przypadków tego schorzenia w pewne typy i podporządkowywać im inne o przebiegu nie tak typowym.

Senator przyjmuje zatem trzy charakterystyczne formy:

I. Zanik ziarnkowy (*Granularatrophie*) Laenneca ze zmniejszeniem się wątroby, powiększeniem śledziony, brakiem żółtaczki, ciemnem zabarwieniem (nieznanymi barwikami) moczu skąpo zresztą wydzielanego, z puchliną brzuszną i rozszerzeniem żył ściany brzucha i przewodu pokarmowego przyczem bujanie tkanki łącznej poczyna się około żyły wrotnej, względnie od torebki Glissona.

Przyczyną choroby bywa tu najczęściej zakażenie wyskokowe.

II. *Cirrhosis biliaris* z następowym zanikiem, występująca po długiem zamknięciu wielkich przewodów żółciowych, z początkowem zwiększeniem się wątroby a jej zmniejszeniem się pod koniec choroby, z zupełnem odbarwieniem stolców, bez obrzęku śledziony i bez objawów zastoju żylnego.

Początkowe powiększenie się wątroby polega na nagromadzaniu się żółci przy równoczesnem, ciągłem jej wytwarzaniu się, następne zmniejszenie ma swoją podstawę w zanikaniu komórek wątrobowych i tworzeniu się tkanki łącznej naokoło przewodów żółciowych z dążnością do ściągania się.

III. Marskość z przerostem (*cirrhosis hypertrophica*) Hanota z żółtaczką, powiększeniem się wątroby i śledziony, z małem a zmiennem odbarwieniem stolców, dość obfitem wydzielaniem się moczu, zawierającego bilirubinę, bez puchliny brzusznej i bez zastoju żylnego.

Forma ta jest najrzadszą, spotyka się najczęściej u mężczyzn, u których niekiedy było równocześnie zatrucie wyskokowe, kiła lub zimnica.

Występuje zrazu pod formą żółtaczki zwykłej (*icterus simplex*), od której różni się obrzękiem śledziony. Można też istotnie przypuścić zrazu żółtaczkę nieżytową (*icterus catarrhalis*), ze swoistego (zakaźnego?) podrażnienia, które w dalszym ciągu rozszerza się i na przewody żółciowe; obrzęk śledziony możnaby w tym razie uważać za objaw tego przewlekłego zakażenia.

Jest to postać dobrotliwsza od *cirrhosis partialis*, przebiega powolniej z okresami polepszenia i pogorszenia na przemian, trwa od 2 do 15 lat a nawet i dłużej; wątpliwem jest stałe wyzdrowienie, śmierć zaś następuje przez wyniszczające krwotoki i uwiąd, lub też przez dołączenie się zapalenia otrzewnej, którego punktem wyjścia jest niemal zawsze zapalenie otrzewnej naokoło wątroby.

Dwie ostatnie formy, przez Charcota i Gambaulta wzięte za jedno, różnią się już tem, że w *cirrhosis hepatis biliaris* komórki wątrobowe stósunkowo wcześnie i w większym stopniu giną, gdy w formie Hanota utrzymują się. W pierwszej są przewody żółciowe aż do najdrobniejszych rozgałęzień rozszerzone, czego niema w drugiej. Dalej zachowanie się śledziony stanowi ważną różnicę, jak wreszcie i sama etyologia. Postać druga powstająca przez długotrwały, znaczny zastój, występuje szczególniej u kobiet a to głównie ze względu na ich usposobienie do kamieni żółciowych; zastoje wywołane przez guzy albo nie są tak znaczne albo nie trwają tak długo, gdyż śmierć przychodzi wcześniej. Forma trzecia występuje natomiast częściej u mężczyzn z przyczyn zresztą bliżej nieznanych.

Jako formy podrzędne. można zaliczyć pod I. przypadki o tyle tylko od niej różne, że wątroba nie jest zmniejszona, ale owszem powiększona i z czasem dopiero przechodzi w zanik, niemniej jak i przypadki, w których przecież może występować i żółtaczka, mogąca jednak pojawiać się jako

tylko przypadkowe powikłanie z nieżytem dwunastnicy, jak to się zwłaszcza zdarza u nałogowych pijaków.

Od formy drugiej odstępują przypadki, w których zachodzi się obrzęk śledziony. Zwykle dotyczą one kobiet, które cierpiały na kolkę żółciową lub u których wogóle zachodzi mechaniczna przeszkoda w odpływie żółci do jelit; obrzęk śledziony nie jest wytłómaczony.

Przypadki te w czasie, gdy wątroba jest powiększona a przynajmniej jeszcze nie pomniejszona, mają wiele podobieństwa do trzeciej formy.

Nie jest też rzeczą jasną, czy zostają one w jakim z sobą związku i czy jedna forma nie stanowi przejścia do drugiej.

Wreszcie mogą zajść rozmaite kombinacye poszczególnych form, stósownie do zejścia się w jednem indywiduum kilku naraz działających przyczyn. Tak n. p. pijak może mieć kamienie żółciowe.

W każdym razie najjaśniejszym wydaje się podział następujący:

I. Zanik ziarnkowy wątroby (Laennec).
I. a) *Cirrhosis hepatis partialis cum hypertrophia.*
I. b) *Cirrhosis hepatis partialis cum ictero.*
II. *Cirrhosis biliaris subsqu. atrophia.*
II. b) *Cirrhosis biliaris cum tumore lienis.*
III. *Cirrhosis hepatis hypertrophica* (Hanot) *cum ictero.*

Rokowanie jest we wszystkich przypadkach ze względu na wyleczenie niekorzystne, chyba z wyjątkiem tych, w których rozchodzi się o kamienie żółciowe lub inne jakie, dające się usunąć przeszkody w przewodzie żółciowym wspólnym lub wątrobowym. Wogóle rokowanie jest tam najniekorzystniejsze, gdzie wątroba najmniejsza, dalej niekorzystniejsze są przypadki z obrzękiem śledziony, niż bez niego.

Co do leczenia, to w formie Laenneca, aczkolwiek nieulecznej, przecież można wpływać korzystnie przez usunięcie wszelkich szkodliwości (alkoholu) a ścisłe zastósowanie niedrażniącej a więc mlecznej dyety, wedle Semmoli i Lancereaux nadto w połączeniu z jodkiem potasu. Prócz tego zaleca Senator wczesne nakłucia w puchlinie brzusznej, ulżenie jelitom przez podniesienie dyurezy (za pomocą kalomelu i naparstnicy po 0·10 trzy razy dziennie z dłuższą pauzą po 10 dawkach); w *forma biliaris* stósuje chętnie wlewania wysokie litra oliwy z wodą mydlaną albo rozczynów salicylanu sodowego (1—2 na 500) lub będźwinianu sodowego (*natrium benzoicum* 2—4 na 500), mięsienie wątroby i od czasu do czasu leki żółciopędne (*cholagoga* kalomel, podofilina i t. d.), wreszcie uważa za wskazane dla ułatwienia odpływu żółci ciepłe, długie kąpiele, kuracyę karlsbadzką i odpowiednią dyetę. (*Berl. klin. Wochschr. 1893. Nr. 51*).

Dr. Leopold Kosiński.

Körner: (w Halli) **O kserostomii.**

Pod tą nazwą rozumie się stan jamy ustnej polegający na zupełnej suchości błony śluzowej z powodu niewydzielania się śliny z gruczołów podszczękowych, podjęzykowych, przyusznych, jak również ustania wydzieliny gruczołków śluzowych. Przypadki tego rodzaju nie są zbyt częste a przyczyna ich rozmaita. Samodzielnie pojawia się kserostomia po nadzwyczajnych wstrząśnieniach psychicznych, obrażeniach gwałtownych ciała. Jako zaś objaw towarzyszący innym chorobom, bywa przy zmianach w nerkach, w moczówce cukrowej i cholerze. K. dzieli przyczyny kserostomii na podstawie jednego przypadku własnego i kilku z literatury zebranych na 3 grupy. Pierwszą stanowią zmiany w unerwieniu i to, albo w organach ośrodkowych, albo obwodowych. Do drugiej grupy zalicza przyczyny tkwiące po za gruczołami a więc choroby, w których zmniejsza się ilość płynu w całym ustroju. Trzecią grupę stanowią choroby samych ślinianek. Rokowanie w przeważnej liczbie jest złe. Co do leczenia, używano pomazywań gliceryną z jodkiem potasu, co jednak tylko chwilową przynosi ulgę w kserostomii pierwotnej. (*Verhandlungen der deutschen odontologischen Gesellschaft V. Heft 3. 1893.*) *Dr. W. Łepkowski.*

Bakteryologia.

Ledoux, Lebard: (w Paryżu) **Działanie światła na laseczniki błonicy.**

Dowiedziono już, że światło słoneczne wywiera wpływ niekorzystny na rozwój i własności drobnoustrojów; ztąd więc też słusznie uważane jest za potężny czynnik zapobiegawczy w chorobach zakaźnych. Autor przeprowadził szereg doświadczeń w celu zbadania, jak zachowują się hodowle laseczników błoniczych (dyfterycznych), wystawione na działanie światła słonecznego. Działanie to badał on w 3 postaciach: 1° w postaci światła rozproszonego (zwykłe światło dzienne), 2° w postaci promieni słonecznych, 3° jako promienie rozłożonego widma słonecznego. Doświadczenia polegały na poddawaniu działaniu jednego z wymienionych rodzajów światła hodowli w bulionie lub w wodzie przekroplonej w temperaturze zwykłej lub w termostacie. W celu rozłożenia widma słonecznego przepuszczał autor promienie przez jedno z dwóch cienkich naczyń szklanych: jedno z nich, zawierające rozczyn dwuchromanu potasowego pochłaniało wszystkie promienie z wyjątkiem czerwonych, żółtych i części zielonych, drugie zaś z rozczynem siarkanu miedziowego przepuszczało tylko promienie niebieskie, fiołkowe i pozafiołkowe. Wyniki, do jakich doszedł autor, są następujące:

Działanie światła rozproszonego nie przeszkadza rozwojowi hodowli błonicy zarówno w temperaturze zwykłej, jak i termostatowej w bulionie, lecz wpływa szkodliwie na hodowle w wodzie przekroplonej, zabija zaś laseczniki. rozprowadzone w cienkiej warstwie na szkiełku. Światło słoneczne działające wprost powstrzymuje rozwój hodowli a nawet w ciągu kilku dni wyjaławia bulion zawierający te hodowle. To bakteryobójcze działanie światła zależy prawie wyłącznie od promieni widma najbardziej załamujących (fiołkowych); słabo załamujące promienie nie okazują żadnego wpływu lub bardzo mały. Inaczej zupełnie zachowują się laseczniki w błonach dyfterycznych, w których utrzymują swe własności chorobotwórcze i zdolność życiową bardzo długo pomimo działania światła słonecznego. (*Archives de méd. expérim. et d'anatom. patholog. T. V, Nr. 6.*) *Dr. Kryński.*

Choroby zakaźne.

N. Ketscher: (w Petersburgu). **O odporności przeciw cholerze.**

Nie tylko surowica krwi, na której własnościach oparty jest nowy kierunek rozwijającej się nauki o uodpornianiu ustroju przeciw chorobom zakaźnym, lecz i inne płyny zarówno fizyologiczne (mocz, mleko), jak i chorobowe (wysięki, ropa) zdaje się, że posiadają podobne własności immunizacyjne. Co się tyczy mleka, to pierwszy Ehrlich wykazał takie jego działanie po zaszczepieniu zwierzętom różnych fermentów roślinnych lub wytworów drobnoustrojowych. Podobne doświadczenia z mlekiem wykonał autor według następującego planu co do zarazka cholerycznego.

Dwie kozy karmiące uodpornił przeciw cholerze za pomocą szeregu wstrzyknięć podskórnych, otrzewnowych i śródżylnych bardzo mocnych hodowli laseczników cholerycznych. Uodporniwszy je w ten sposób, zbierał ich mleko z zachowaniem ostrożności przeciwgnilnych do wyjałowionych naczyniek, zkąd za pomocą strzykawki wprowadzał do jamy otrzewny świnek morskich w ilości 1—10 cm. sześć. W 24 godzin potem zwierzętom tym wstrzykiwał ilości śmiertelne hodowli cholerycznych; pomimo to świnki pozostawały przy życiu, gdy wszystkie zwierzęta kontrolujące, którym zadano równą dawkę zarazka bez poprzedniego wstrzyknięcia mleka koziego, ginęły w ciągu 6—10 godzin po zaszczepieniu. Doświadczenia odwrotne t. j. co do siły leczniczej mleka, wstrzykniętego po zaszczepieniu dały wyniki dodatnie, lecz w okresie czasu ściśle ograniczonym od chwili zaszczepienia zarazka. Zastąpienie wstrzykiwań śródotrzewnowych mleka przez karmienie niem świnek morskich, pozostało bez skutku.

Wyniki swe zestawia autor w sposób następujący: Mleko kóz szczepionych cholerą posiada własności uodporniające, przyczem odporność ta objawia się bezpośrednio po wprowadzeniu tego płynu do ustroju.

Nie udaje się wywołanie odporności przez narząd pokarmowy.

Działanie lecznicze mleka może być skuteczne tylko w razie zastósowania go w przeciągu bardzo krótkiego czasu po zakażeniu, najwięcej w godzinę t. j. podczas okresu wylęgania.

Zagotowanie niszczy działanie ochraniające mleka, ciepłota 70°C osłabia je znacznie.

Serwatka ma własności zupełnie takie same, jak i samo mleko; właściwie zaś zawarte są one w substancyach, które można wydzielić za pomocą wyskoku. Mleko nie zawiera laseczników cholerycznych; dla tego też działanie jego ochraniające polega wyłącznie na obecności w niem antytoksynów. Same laseczniki jednak mogą w takiem mleku rozwijać się zupełnie dobrze.

Koza, której mleko zawiera nawet dość znaczne ilości antytoksynów, może pomimo to zginąć od wstrzyknięcia dużej ilości hodowli cholerycznych. (*Archives de médecine experim. et d'anatomie pathol. T. V. Nr. 6.*) *Dr. Kryński.*

Toksykologia.

Loew (w Tokio.) **Naturalny system działania trucizn.**

Wszystkie dotychczasowe podziały trucizn opierały się na doświadczeniu a podział trucizn wedle ich pochodzenia ma tylko wartość podziału abecadłowego, jak to trafnie osądził Hermann w swej doświadczalnej toksykologii. Loew pokusił się o stworzenie naturalnego podziału trucizn, polegającego na ich swoistem działaniu. Sądzi on, że białko żywej plazmy, posiadające ściśle określoną budowę chemiczną, tworzy w żywej, prawidłowej plazmie pewne związki, które pod wpływem czynników mechanicznych lub chemicznych ulegają łatwo zboczeniu. Autor dzieli trucizny na ogólne i szczegółowe. Do pierwszych należą działające na wszelkie żywe ustroje, do drugich zaś te, które względem pewnych gatunków ustrojów zachowują się obojętnie. Pierwsza grupa obejmuje trucizny utleniające, działające katalitycznie, przez tworzenie soli lub przez zastępywanie pewnych ustrojowi właściwych związków. Do ostatnich zalicza związki, jak fenole, kwas pruski, siarkowodór, kwas azotowy, formaldehid i t. d. Druga grupa obejmuje trujące białka i autor zastanawia się tu nad wszelkiemi toksalbuminami podając wyniki najnowszych badań nad naturalną i sztuczną immunizacyą ustroju, i zasady organiczne, przy których rozstrząsa autor różne działanie trucizn na różne ustroje. Wreszcie zamieszcza autor w drugiej grupie trucizny pośrednio działające, t. j. upośledzające oddechanie, jak tlenek węgla, działające przez swój rozkład, jak jodek potasu przez wydzielenie jodu, zmieniające budowę tkanek, jak obojętne sole alkaliów i ziem alkalicznych (chlorek potasowy, barowy i t. d.) W dodatku zastanawia się autor nad truciznami, na razie nie dającemi się jeszcze pomieścić w żadnej grupie, jak n. p. sole kwasów tłuszczowych, strofantyna, kantarydyna, anemonina i t. d. (*Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med. 1893. Z. VI.*)

Dr. Wachholz.

Choroby uszne.

S. Stein (w Moskwie). **O użyciu kokainy w chorobach jamy bębenkowej i błędnika.**

Otyatra nowojorski Wolfenstein zalecał niedawno zapuszczanie kokainy w ostrem zapaleniu ucha środkowego nie tylko jako znakomity środek kojący bóle, lecz zarazem bardzo często zmniejszający objawy zapalne a nawet mogący przeszkodzić ropieniu.

Otóż Stein przekonał się, że wskazania lecznicze do użycia kokainy sięgają dalej i obejmują nie tylko ostre zapalenie ucha środkowego, lecz także przewlekłe otoki, zgrubienia błony bębenkowej, zapalenie ze stwardnieniem (*otite scléreuse*) a nawet pewne powikłania ze strony błędnika. Oprócz na zmiany zapalne wpływa kokaina korzystnie na objawy podmiotowe, jak różnego rodzaju szumy i brzęczenia w uszach tak przykre dla chorych, przyśpiesza powrót błony bębenkowej do prawidła i nieraz znacznie poprawia słuch.

Stein używa kokainy w połączeniu z resorcyną, kwasem borowym i gliceryną według przepisów:

Rp. *Cocaini muriatici* 0·50—1·00
Resorcini 0·10
Aqua destil. coctae 10·00.
MDS. Krople do uszu.

Rp. *Cocaini muriatici* 0·50—1·00
Acidi borici 0·10
Aqua destill. coctae 10·00
MDS. Krople do uszu.

W stwardnieniu zaś (*sclerosis*) ucha środkowego przepisuje kokainę z gliceryną według wzoru:

Rp. *Cocaini muriatici* 0·50—1·00
Glycerini
Aqua destill. coctae
aa 5·00.
MDS. Krople do uszu.

Ta dawka kokainy od 0·50 do 1·00 obliczona jest dla dorosłych; dla dzieci nie można zapisywać więcej, niż 20 centygramów na 10 gramów płynu.

Te zapuszczania kokainy, jakkolwiek skuteczne, łączą się w wielu przypadkach z dwiema niedogodnościami. I tak u niektórych chorych wywołują przypady zatrucia jak nudności, osłabienie dochodzące prawie aż do omdlenia, zawroty głowy, śpiączkę i t. p., co Stein uważa za objaw zwrotny działania kokainy na zakończenia nerwu słuchowego. Przypady te zwykle nie są groźne, mijają rychło, ale nie zaszkodzi uprzedzić o nich chorych.

Drugą niedogodnością jest, że zapuszczanie kokainy wywołuje bardzo często zadraźnienie skóry przewodu słuchowego wewnętrznego w postaci swędzenia, wyprysku i nawet czyraków (*furunculosis*).

Na swędzenie działa dobrze pomazywanie 3 do 4% rozczynem azotanu srebrowego.

W celu zapobieżenia wypryskowi należy przed każdem zapuszczeniem kokainy i po niem posmarować przerost słuchowy zewnętrzny i sąsiednie części małżowiny usznej znaną maścią cynkowoborową, której skład tu przypominamy: *Zinci oxydati 1·00, acidi borici pulverati 0·50, lanolini, vaselini aa 5·00.*

Jeżeli zaś chodzi o czyraki, wtedy zaleca się maść:

Rp. *Mercurii sublimati corr.* 0.02
Solve in
Spir. vini *s. q.*
Dein adde
Lanolini 10·00
Zinci oxydati 1·00
MDS. Zewnętrznie.

Sposób zapuszczania kokainy zależy od tego, czy cierpienie jest ostre czy przewlekłe, czy z otokiem czy bez niego.

Jeżeli błona bębenkowa jest cała lub mimo przedziurawienia nie ma otoku, pomazuje się naprzód przewód słuchowy zewnętrzny maścią cynkową a następnie w sposób wiadomy zapuszcza, oczywiście na letnio, 5 kropel rozczynu kokainy i zatrzymuje je w uchu 10 do 15 minut, poczem wysusza się przewód słuchowy watą antyseptyczną nawiniętą na pręcik lub szczypczyki, wystrzegając się starannie wycierania przez obracanie i znów pomazuje się maścią cynkową.

W przypadkach przewlekłych zapuszcza się kokainę po dwa razy, w ostrych po 4 razy i więcej dziennie.

Jeżeli jest otok, zapuszcza się naprzód kwas borowy (po łyżeczce od kawy na szklankę wody), wysusza przewód słuchowy, pomazuje się go maścią cynkową a nakoniec zapuszcza kokainę w sposób co właśnie podany.

Przeciwskazaniem do użycia kokainy jest nadzwyczajna wrażliwość ucha, jak to bywa osobliwie po płonicy. Pamię-

tać również trzeba, że nie wolno używać kokainy z resorcyną w pierwszych dniach po przecięciu lub pęknięciu błony bębenkowej, jeżeli mianowicie otwór jest nader mały, ponieważ resorcyna przyspiesza bardzo jego zabliźnienie się. Wtedy zadowolnić się trzeba tylko środkami przeciwgnilnemi lub kokainą bez resorcyny.

W przewlekłych cierpieniach ucha środkowego i wewnętrznego, w których zapuszczania rozczynu kokainy przez przewód słuchowy zewnętrzny nie odnosiły skutku, otrzymał Stein nieraz bardzo pomyślne rezultaty pod względem tak poprawy słuchu jak i ustąpienia szumów i t. p. podmiotowych objawów z wpuszczania do jamy bębenkowej przez trąbkę Eustachiusza par, otrzymanych przez ogrzanie na sucho kokainy do temperatury 182 do 183° C., do czego używa krótkiej a grubej rurki odczynnikowej. Na dnie rurki znajduje się kokaina a otwór jej zamknięty jest szczelnie korkiem kauczukowym, przez który przechodzą dwie cewki szklane: jedna wystająca wolno w powietrze sięga prawie aż do warstwy kokainy, druga zaś kończy się zaraz pod korkiem a na zewnątrz łączy w sposób stósowny z kateterem kauczukowym wprowadzonym poprzednio do trąbki Eustachiusza. Do przemienienia kokainy w parę wystarcza mała lampka spirytusowa.

(La semaine médicale 17. Stycznia 1894).

Zapiski terapeutyczne

Dronke wychodząc ze zdania, że połączenie kilku środków działających przeciw tasiemcowi, powiększy znacznie ich skuteczność, przepisuje:

10) Rp. *Mellis despumati* 20·00
Exti cort. radd.
punicae granati
aetherei
Exti radd. filicis
maris aetherei
aa 0·50
Florr. cousso 20·00

Po zachowaniu poprzedniego dnia dyety dosyć ścisłej, dzieli się lek powyższy na trzy części i wyżywa je zrana na czczo w odstępach czasu od 10 do 15 minut. W godzinę do dwóch po zażyciu ostatniej porcyi zażywa się 30 gramów oleju racznikowego. Ażeby uniknąć przerwania się pasożyta, dobrze jest oddać stolec do naczynia napełnionego wodą letnią. *(La Médecine moderne 17. Stycznia 1894.*

Kojącego ból działania antypiryny używa Waltier z korzyścią zapisując w wiewiórze (tryprze) do wstrzykiwań:

11) Rp. *Mercurii sublimati corr.* 0·02
Antipyrini 2.00
Aquae destil. 200·00

MDS. Po cztery razy dziennie wstrzykiwać do cewki.

Równocześnie zapisuje W. przeciw bolesnym erekcyom wewnętrznie na noc po 3 gramy bromku potasu i gramie antypiryny.

Przeciw tworzeniu się czyraków zapisuje Schoemacker:

12) Rp. *Kali chlorici*
Ferri lactici *aa* 1·20
Ttrae colombo 50·00
Syrupi simplicis 100·00

MDS. Zażywać dziennie po trzy łyżeczki od kawy.

Bulletin général de Thérapeutique 15. Stycznia. 1894.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekarzy galicyjskich.

XVI. Posiedzenie dnia 15. grudnia 1893 r.

Przewodniczący: kol. Schramm. — Obecnych członków 38.

1) Kol. przewodniczący poświęca kilka słów pamięci zmarłego długoletniego członka i byłego prezesa Towarzystwa, prof. Longina Feigla, którego pamięć uczczono przez powstanie z miejsc.

2) W sprawie protokołów przemawiali kol. Wernicki, kol. Ziembicki i kol. Bory.

3) Kol. Świątkiewicz przedstawia dwóch chorych: a) chorą, u której rozpoznanie waha się pomiędzy kiłą a twardzielem nosa. b) chorego z licznymi wrzodami kiłowymi na twarzy, na tułowiu i na kończynach.

Kol. Barącz skłania się do rozpoznania twardziela nosa w pierwszym przypadku przedstawionym przez kol. Świątkiewicza a to z powodu charakterystycznego kształtu nosa i zbitości obrzęku. Rozpoznanie właściwe będzie możebne dopiero po wycięciu kawałka obrzęku, sporządzeniu preparatów drobnowidowych i przeprowadzeniu hodowli.

4) Kol. Wiczkowski przedstawia preparat anatomiczny: bąblowca śledziony.

5) Kol. Bory przedstawia chorego z oddziału chirurgicznego z nowotworem złośliwym w okolicy stawu nadgarstkowego i na przedramieniu, z zajęciem gruczołów w przegubie łokciowym i w dołku pachowym i rozpoznaje mięsak.

Kol. Bar ączowi przypadek ten przypomina znaną mu tylko z rysunków i opisów chorobę t. zw. *Madura foot*. Badanie drobnowidowe przeprowadzone w pracowni prof. Crookshanka w Londynie, wykazało, że *Madura foot* jest promienicą kończyn. Kol. B. nie wyklucza możliwości nowotworu złośliwego w tym przypadku, radzi jednak poddać wycięty kawałek a względnie wyskrobane granulacye badaniu drobnowidowemu przed amputacyą kończyny. (ref. własny).

Kol. Ziembicki nie zgadza się z przypuszczeniem kol. Barącza, podda jednakże guz badaniu drobnowidowemu i przedstawi rzecz na najbliższem posiedzeniu.

Nadto w dyskusyi przemawiali kol. Wernicki i kol. Bory.

Badanie drobnowidowe guza dokonane przez kol. Krokiewicza, wykazało: *sarcoma alveolare*.

6) Kol. Ziembicki przedstawia chorą, u której wykonał owaryotomię i przedstawia dwa guzy wyjęte przez operacyą, których badania drobnowidowe wykazało: *fibrosarcoma*. W dwa dni po operacyi wystąpiły wymioty, znaczne wzdęcie brzucha i zapad. Zastósowanie wysokich irrygacyj zostaje bezskutecznem i nie sprowadza ulgi. Brak widocznych ruchów robaczkowych i brak wzdęcia jelit miejscowego przemawiały za niedrożnością czynnościową. Jednakże z powodu znacznego wzdęcia jelit zrobiono wiele punkcyj igiełkami Pravaza i przepłukano żołądek, następnie dano worek z lodem na brzuch. Objawy groźne ustąpiły i dalszy przebieg leczenia był prawidłowy. Obecnie chora jest na wyleczeniu.

7) Kol. Wehr przedstawia chorego po rozcięciu przełyku (*oesophagotomia ext.*) celem wydobycia połkniętego kawałka szczęki sztucznej mającego 35 mm. długości a 28 mm. szerokości. Operacyą przedsięwziął kol. Wehr w dniu 29. Wrzesnia 1893 r. przy pomocy koll. Mahla i Mukowicza w dwanaście godzin po utknięciu ciała obcego w przełyku, gdy nawet dość forsowne zabiegi z innej strony celem wydobycia lub zepchnięcia ciała obcego do żołądka pozostały bez skutku. Zabliźnienie zupełne rany nastąpiło w czwartym tygodniu po operacyi.

Kol. W. omawia leczenie następowe, sposób odżywiania, daty statystyczne połkniętych ciał obcych i demonstruje na odlewach gipsowych wymiary przełyku i stosunki topograficzne. (Rzecz będzie szczegółowo ogłoszoną).

Kol. Głuziński opowiada własne przypady po połknięciu ości. Przez trzy dni ość tkwiła w przełyku sprawiając znaczne bóle, których nawet morfina nie uśmierzała. Trzeciego dnia wieczorem zepchnięto ciało obce do żołądka, poczem bóle ustąpiły; przez następnych dni kilka jednakże nie mógł nic przełknąć. Kol. G. sądzi zatem, że następstwem długotrwałych podrażnień przełyku przez ciała obce i przez zabiegi chirurgiczne przedsiębrane celem usunięcia ciała obcego może być porażenie mięśni przełyku.

Kol. Stroynowski opisuje dwa przypadki przejścia sztucznej szczęki przez cały przewód pokarmowy. W jednym z tych przypadków kol. Str. wyjął szczękę z rzyci, w drugim szczęka sztuczna składająca się z 7 zębów wyszła samodzielnie przez rzyć nie sprawiając żadnych zgoła zboczeń.

Kol. Barącz: Postępowanie wobec ciał obcych powinno być różnem stósownie do kształtu ciała obcego, jego wielkości i konsystencyi, stopnia wklinowania i czasu, jaki przebywa w przełyku. Ciała okrągłe (pieniądze) najlepiej wydobywać koszykiem Graefego; dają się one wy-

dobyć łatwo i bez szkody, nawet po kilkudniowem leżeniu w przełyku, o czem kol. B. dwukrotnie sam się przekonał. Ciała obce o ostrych krawędziach, jak w przypadku kol. Wehra, należy usuwać przez rozcięcia przełyku. Ciała miękkie strawić się dające, jak n. p. kawał mięsa, należy zepchnąć do żołądka. Kol. B. opisuje podobny przypadek z własnej praktyki.

Co do ciał obcych, które zstąpiły do żołądka i dalszych części przewodu pokarmowego, postępowanie musi również zależeć od wielkości i kształtu ciała obcego i od objawów, które ono wywołuje. Wobec mniejszych ciał obcych wydaje mu się najracyonalniejszem zastósowanie t. zw. leczenia ziemniakami (*Kartoffelcur*), poleconego niedawno gorąco przez Billrotha. Kol. B. używał tego sposobu leczenia u dzieci 3 razy, zawsze z dobrym wynikiem; rozchodziło się przytem o stósunkowo wielkie i ostre ciała, jak gwóźdź, ostra sprzączka do próbek towarowych, jeździec na koniu ołowiany. Naturalnie, że wobec ciał większych, ostrych najracyonalniejszem postępowaniem jest gastrotomia lub enterotomia, stósownie do czasu, który upłynął od połknięcia. Doświadczenie zrobione przez kol. Stroynowskiego, zachęcałoby do dalszych prób z leczeniem ziemniakami, nawet wobec stosunkowo większych ciał obcych, jak szczęk sztucznych, osobliwie u osób, które nie przyzwalają żadną miarą na operacyą; naturalnie, że chorym należy przedstawić niebezpieczeństwa wynikające z dłuższego pozostawania ciał obcych w przewodzie pokarmowym. (Referat własny).

Kol. Obtułowicz przestrzega przed forsownem spychaniem, względnie wyciąganiem ciał obcych z przełyku za pomocą przyrządów i opisuje przypadek przebicia przez lekarza przełyku, wprawdzie zwężonego i wstrzyknięcia mleka wrzekomo do żołądka, poczem nastąpiło zapalenie opłucny i śmierć; w jamie opłucnowej znaleziono około litr mleka.

Kol. Wehr nie zgadza się z zapatrywaniem kol. Barącza tyczącem się prób z leczeniem ziemniakami, nawet wobec większych ciał obcych w przewodzie pokarmowym. Okoliczność, że nawet wielkie i kończaste ciała obce przechodzą czasami przez cały przewód pokarmowy, nie upoważnia wcale do ustanawiania zasady, żeby w tych przypadkach próbować niepewnego sposobu leczenia za pomocą ziemniaków.

8) Kol. Uhma przedstawia chorą z bąblicą zwyczajną (*pemphigus vulgaris*).

9) Wybrano komisyą przedwyborczą, w której skład weszli koll.: Czyżewicz, Merunowicz, Schramm, Ziembicki, Bylicki, Mukowicz, Uhma, Wechsler i Wehr.

Na tem posiedzenie zakończono.

XVII. Posiedzenie z dnia 29. grudnia 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 29.

---

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

2) Odczytano sprawozdanie kol. Pawlikowskiego o stanie zdrowotnym Lwowa w listopadzie 1893.

3) Kol. Krygowski przedstawia chłopaka z nieprawidłową budową łuków podniebiennych.

4) Kol. Uhma miał odczyt: O bąblicy zwyczajnej (*pemphigus vulgaris*). (Rzecz będzie ogłoszoną).

W dyskusyi przemawiali: kol. Prus godząc się na twierdzenie prelegenta, że bąblica nie jest samoistną chorobą, lecz tylko objawem chorobowym różnych cierpień.

Kol. Obtułowicz przypomina przypadek przez siebie opisany.

Kol. Merczyński jest również zdania, że w przeważnej liczbie przypadków bąblica jest tylko objawem chorobowym, sądzi jednakże, że pozostanie zawsze pewien dział, w którym możemy ją pojmować tylko jako samoistną chorobę, a tyczy się to przedewszystkiem formy ostrej, zakaźnej.

Kol. Uhma sądzi, że w wielu przypadkach rozpoznawanych jako ostra bąblica zakaźna rozchodzi się o *impetigo contagiosa* a nie o bąblicę.

5) Kol. Krokiewicz przedstawia kończynę górną odjętą z powodu nowotworu złośliwego w okolicy stawu nadgarstkowego i na przedramieniu i demonstruje preparaty drobnowidowe. (Chorego przedstawiał na poprzedniem posiedzeniu kol. Bory). Badanie drobnowidowe guza wykazuje: *sarcoma alveolare*. Ten rodzaj mięsaka należy do rzadszych i wychodzi najczęściej, jak w tym przypadku, ze skóry.

W dyskusyi przemawiali: kol. Ziembicki i kol. Wehr.

6) Kol. Kohlberger wygłosił datszy ciąg wykładu: O typowych formach chorób umysłowych.

Na tem posiedzenie zakończono. Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44. z r. 1893.)

Podczas gdy wysłani do Smirny komisarze sułtańscy, inspektor jeneralny służby zdrowia Dr. Cozzonis i inspektor higieny Bąkowski-basza, przy współudziale całego ogółu miejscowych lekarzy, usiłowali przeprowadzić poszukiwania nad naturą i etyologią wybuchłej tam epidemii, gdy zdecydowano się uznać ją za podobną do cholery a właściwie za cholerę łagodną i nakazano zastósowanie środków ochronnych, w Carogrodzie pod datą 17/29. Sierpnia główny urząd sanitarny na Galacie i urzędy po przedmieściach zaczęły na patentach wydawanych odpływającym ztąd okrętom dopisywać notatkę: że w zakładzie dla obłąkanych w Skutari wybuchła choroba podejrzana, podobna do cholery, która w ciągu paru dni porwawszy kilkadziesiąt ofiar, szerzy się tam dalej, ograniczając się jednak do samego zakładu i przebywających w nim chorych. Siłą błyskawicy rozniesiona wieść wywoławszy niezwykły postrach, nie zachęciła jednak mieszkańców stolicy do wymykania się co rychlej ku punktom dotąd nie zakażonym. Grecya bowiem, Rumunia i Bułgarya pospieszyły nałożyć ośmiodniowy hamulec na wszystko, co pochodzi z Carogrodu. Chęć zatem dostatniejszych obywateli znalezienia schroniska przed tak już blizkiem niebezpieczeństwem okazała się niewykonalną. Bo w jakimby się nie udano kierunku, zewsząd nieubłagana Nemezys stawiła trudne do przebycia przeszkody, decydując tem samem do rezygnacyjnego pozostania w pobliżu świeżo wybuchłego ogniska. Jednocześnie dla uspokojenia umysłów, jak zwykle przypuszczających istnienie większego niebezpieczeństwa, aniżeli jest w istocie, zarząd służby zdrowia otrzymał upoważnienie do wydania odezwy, zapewniającej tak ludność stoliczną, jak i sąsiadów, że dotąd t. j. do 1. Września żaden choleryczny przypadek w ścisłem tego słowa znaczeniu nie został dostrzeżony i że ogólny stan zdrowotny w Carogrodzie i jego przedmieściach jest zupełnie zadowalającym. Odezwa jednak nie wywarła pożądanego wpływu i nie złagodziła ogólnego postrachu. Wiedziano bowiem, że liczba chorobowych przypadków i zejść śmiertelnych w Skutari powiększa się z dniem każdym, że w zakładzie dla obłąkanych osadzono specyalną komisyę lekarską a cały obszar odosobniono przez otoczenie go łańcuchem wojskowym w celu umiejscowienia szerzącej się w zakładzie epidemii. Nikt też więcej nie wątpi, że plaga grożąca stolicy od ćwierć wieku przeszło, teraz nie tylko, że się zbliżyła ku jej progom, ale że już szerzy swe zniszczenie w pośród mieszkańców pewnych części miasta. Co więcej, powołanie do stolicy komisarzy wysłanych do Smirny, wzmocnienie posterunków sanitarnych nad Bosforem i w cieśninie Dardanell przez wysłanie tam lekarzy wojskowych, dalej zabezpieczenie się od strony prowincyi smirneńskiej przez ustanowienie łańcucha straży sanitarnych od zatoki Adramyt, poniżej skłonów bityńskiego Olimpu i Brussy, aż ku zatoce nikomedyjskiej, rozkaz wydany pod datą 8. Września poddawania

w przystaniach tureckich 24 godzinnej obserwacyi przybywających z Bosforu i wybrzeży morza Marmora aż do Dardanell; wreszcie podejrzany i zakończony śmiercią przypadek zaszły w szpitalu francuzkim, wszystko to daje podstawę do uznania sytuacyi zdrowotnej w Carogrodzie za zachwianą do tak wysokiego stopnia, że rozwleczenie się zarazy trzeba uważać za nieuniknione. Czy zaś nastąpi to w obecnej porze roku, czy też nieokreślone dotąd ognisko zakaźne, okazawszy pewną łagodność, przetrwa czas dłuższy; czy podejrzana plaga zostanie uznaną za egzotyczną czy swojską, za zawleczoną czy sporadyczną, za *x* lub *z* Pettentkoffera, o tem zapewni nas dalszy jej rozwój, nasilenie i odsetki śmiertelności, jaką zdołamy zanotować! Jakby jednak być nie miało, chwila, w której układam swoje sprawozdanie, jest niewymownie krytyczną dla tutejszych stósunków zdrowotnych. W Smirnie bowiem cholera szerzy się z niezwykłą energią i, choć przeważnie w pośród warstw tamecznych Izraelitów, to jednak nie oszczędza Greków i Ormian, sprawiwszy już blizko trzysta przypadków, z których przeszło sto z nieszczęśliwem zejściem. Zaraza dostała się już i do miasteczka Tyry, zkąd zagraża dalszym, zachodnim obszarom. W samym zaś zakładzie dla obłąkanych w Skutari zanotowano do 16. Września 107 przypadków; liczba powiększona jeszcze pięcioma przypadkami, z których cztery śmiertelne, dostrzeżonemi już w pośród mieszkańców tego przedmieścia. Jednocześnie zaraza szerzy się w Chaldei, gdzie zaznaczywszy swój postęp bardzo wieloma przypadkami w Bagdadzie, przeskoczyła nad wybrzeża Eufratu sadowiąc się w miasteczku Hid, którego bogate źródła asfaltu oczywiście nie stłumią siły zakaźnego pierwiastku, mogącego z największą łatwością dostać się do koczujących w pobliżu pokoleń arabskich a przez nich przenieść się do Syryi i ku wybrzeżom morza Śródziemnego.

Wypada mi teraz przedstawić przypady, jakie cechują ów stan patologiczny uznany za p o d o b n y do cholery, a którego istnienie i rozwój potwierdzono w zakładzie dla obłąkanych w Skutari. Cierpienia nie poprzedzała tak zwana biegunka przygotowawcza (*praemonitoria*) a tylko rozpoczynały je bardzo częste wymioty, złożone z resztek na pół strawionych pokarmów i zawierające substancyą koloru zielonego, brunatnego lub czarnego. Po kilku godzinach wymioty ustawały a zastępowała je biegunka częsta, wodnista, biaława, bez woni, z rozdzierającemi i piekącemi bolami w jamie brzusznej, z oziębieniem i kurczami w kończynach, fiołkowem podbiegnięciem okolicy podoczodołowej, niedającem się wymacać tętnem, cechującem wejrzeniem, sinicą powłok skórnych i szybkim upadkiem sił. Po kilkunastu-godzinnem trwaniu cała ta sprawa chorobowa w największej liczbie przypadków kończyła się śmiercią. Do bakteryologów należy określenie natury tego klinicznego obrazka.

Pomimo więc wszelkich ostrożności sanitarnych gość indyjski dostawszy się do nadbosforskiej stolicy, nadał całej sytuacyi zdrowotnej bardzo groźne piętno! Odwiedzin jego przesądna ludność spodziewała się od roku 1865., przypuszczając, że cholera powinna była wybuchnąć w Carogrodzie po upływie każdych ośmiu lat, jako proste następstwo opieszałego gospodarstwa higienicznego, które dla dokładniejszego ocenienia wymaga rozpatrzenia się w postępie, jakiemu uległa w ostatnich latach ogólna higiena, i o ile korzystnemi okazały się dla ogólnego zdrowia nakazane i mniej więcej ściśle stósowane środki profilaktyczne w celu odwrócenia zarazy lub przynajmniej zatrzymania jej w punktach odległejszych. Nie nużąc uwagi czytelnika cytowaniem charakteru stósunków klimatycznych, bardzo zmiennych nad Bosforem i Złotym Rogiem, pominę też i wpływy wywarte na higienę Carogrodu pożarami, kanalizacyą, doprowadzeniem z jeziora Derkos wody do picia, oświetleniem gazowem, budową tunelu między Perą i Galatą i t. p., a nie powtarzając swych narzekań na brak szpitali epidemicznych, baraków, pracowni bakteryologicznej i na odmowę, jaka spotyka biednych chorych, gdy błagają o przyjęcie do jednego ze szpitali cudzoziemskich, przejdę od razu do ocenienia postępowego stósowania środków ostrożności sanitarnych wprowadzonych w czyn, z większą, bo zawodową znajomością rzeczy i dzięki wspaniałomyślności panującego Monarchy otaczanych największą pieczołowitością.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25. stycznia 1894 r.

— Z Kamieńca Podolskiego dochodzi nas nader bolesna wiadomość o śmierci członka-korespodenta Tow. lek. krak., przez długie lata współpracownika *Przeglądu lekarskiego*, Dra **Antoniego Józefa Rollego.** Ograniczając się dla spóźnienia pory tylko do podania wiadomości o tej dotkliwej stracie dla naszego ogółu, w następnym numerze podamy obszerniejszy życiorys Zmarłego, który swą wybitną czynnością literacką i obywatelską zajął w dziejach Podola przodujące stanowisko.

— Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrała na posiedzeniu w dniu 12. b. m. przewodniczącym Dra Edwarda Stroynowskiego, zastępcą przewodniczącego Dra Edwarda Festenburga, sekretarzem naukowym Dra Juliana Borego, członkami biura Dra Bronisława Longchampsa i Dra Edwarda Mukowicza, delegatami na walne zebranie Drów Franciszka Jandę, Jana Rosnera i Michała Świątkiewicza, zastępcami delegatów Drów Władysława Tatarczucha i Emila Wechslera.

— W dniu 24. b. m. odbyło Towarzystwo Lekarskie krakowskie posiedzenie zwyczajne, na którem przewodniczący kol. Kwaśnicki poświęcił kilka gorących słów pamięci zmarłych przed kilku dniami prof. Madurowicza w Krakowie i Dra Józefa Rollego w Kamieńcu i wezwał zgromadzonych do oddania im czci przez powstanie. Członkiem czynnym wybrano Dra Władysława Reissa. Kol. Mars w zastępstwie kol. Zarewicza odczytał sprawozdanie kasowe Towarzystwa za rok ubiegły. Na wniosek Komitetu wybrano komisyę do zaprojektowania zmian statutu, do której weszli koll. prof. Rydel, prof. Mars, doc. Ponikło, doc. Zarewicz, Kwaśnicki i Tyszkiewicz. Kol. prof. Jakubowski miał zapowiedziany odczyt o p u n k c y i w o d o g ł o w i a; nad odczytem tym wywiązała się żywa dyskusya, w której wzięli udział kol. Trzebicky, Sroczyński, Korczyński, Mars, Cybulski, Gluziński, Walentowicz i Słapa.

— Wychodząca w Berlinie *Hygienische Rundschau* umieszcza na czele pracę Dra Justyna Karlińskiego pod tytułem: *Unter der gelben Flagge. Erinnerungen und Eindrücke von meiner Reise nach Arabien und Kleinasien.* Praca ta miała ukazać się, jak wiadomo, naprzód w *Przeglądzie lekarskim*, nie doszła jednak redakcyi z przyczyny nieporządków na pocztach na Wschodzie.

— Międzynarodowa Komisya sanitarna przeciw cholerze ma się zebrać w Paryżu dnia 7. Lutego; jako delegat rządu austro-węgierskiego zasiadać w niej będzie obok ambasadora hr. Kuefsteina ziomek nasz

i współpracownik *Przeglądu lekarskiego*, Dr. Justyn Karliński, który opuściwszy służbę lekarską przy sułtanie tureckim bawi obecnie w Wiedniu i pracuje w ministerstwie spraw zagranicznych.

— **Od Komitetu polskiego XI. międzynarodowego Zjazdu w Rzymie.** Komitet centralny uprasza nas o podanie do publicznej wiadomości, że obecne rozruchy we Włoszech nie mają bynajmniej żadnej poważnej cechy i że w niczem nie mogą przeszkodzić pracom międzynarodowego Kongresu lekarskiego.

— Rząd turecki postanowił rozpocząć zwalczanie cholery w głównem jej ognisku, t. j. w Mekce. W tym celu mają zbudować wielki, na 1.000 biednych pielgrzymów obliczony karawanseraj, w którym będą szpital, apteka, przyrządy desinfekcyjne, łaźnie i t. d. Mekka ma otrzymać wodociąg; używanie wody z cystern będzie zakazane. Pielgrzymi przybywający z Indyj i Jawy będą poddani ścisłej kwarantanie w Kamaranie, Elvassicie i Abu-Saidzie. W miesiącu Ramazanie wysyłać będzie rząd 12 lekarzy i 7 aptekarzy do Mekki. Na pokrycie kosztów tych wszystkich urządzeń będą opłacać pielgrzymi bardzo mierną daninę.

— Prof. Kroenlein w Zurychu miał niedawno wykład w tamtejszem Towarzystwie odontologicznem o niebezpieczeństwach używania szczęk sztucznych i przytoczył ze swojej praktyki 4 przypadki połknięcia szczęk podczas snu. W jednym udało się wydobycie zapomocą koszyka Graefego, w dwóch musiano przystąpić do ezofagotomii zewnętrznej, w ostatnim zaś przyszło do zakończenia się śmiertelnego skutkiem krwotoku z prawej dolnej tętnicy tarczykowej w 15 dni po ezofagotomii. Z piśmiennictwa zestawił Kroenlein 37 przypadków ezofagotomii celem wydobycia połkniętych szczęk sztucznych: 29 przypadków wyzdrowiało, 8 umarło. Kroenlein radzi przeto gorąco szczęki sztuczne wyjmować przed udaniem się na spoczynek i reparować zaraz po zepsuciu się.

— Wkrótce ma się rozpocząć w Paryżu budowa nowego szpitala ufundowanego przez zmarłą przed 7-ma laty Boucicautową, wdowę po słynnym właścicielu magazynu towarów bławatnych, z którym zapewne niejeden z czytelników *Przeglądu lekarskiego* zostawał w styczności za pośrednictwem swej piękniejszej połowy.

Szpital, który ma kosztować 2 miliony franków, będzie się mieścił przy ulicy de Vouillé i zajmować o 9.000 metrów kwadratowych więcej powierzchni, niż szpital Hôtel Dieu; składać się będzie z 4 pawilonów dla chorób wewnętrznych, 4 pawilonów dla chorób chirurgicznych i oddziału dla położnic o 24 łóżkach. Razem mieć będzie 162 łóżek. Do utrzymania jego służyć będzie procent od 8 milionów franków legowanych na to przez fundatorkę.

— *British medical Journal* podaje we frankach wykaz majątków niektórych lekarzy angielskich znanych w szerokim świecie. Dr. Blundell zmarły w roku 1877 zostawił po sobie 8,750.000, Dr. M. W. Gull w r. 1892 zmarły 8,600,000, Erazm Wilson 6,600.000, zmarły niedawno Andrzej Clark 5,100.000, O. Clayton 3,650 000, G. Burrows 2,615.000, W. Bowmann 2,500.000. Najuboższym między tymi milionerami jest Murchison, który pozostawił po sobie tylko 1,250.000 franków.

— **Artykuły oryginalne mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich**: w *Gazecie lekarskiej* nrze 3: M. Warman: Przyczynek do leczenia porażeń osnuty na tle 250 przypadków. L. Feinstein: Wrzody łącznicy pochodzenia ospowego Z. Dmochowski: O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników. W *Medycynie* nrze 3: W. Bruner: O zwracaniu i przeżuwaniu pokarmów. J. Szwajcer: Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892. A. Wojnicz: Próby przepłukiwania przewodu pokarmowego w cholerze azyatyckiej sposobem Genersicha.

Redakcya otrzymała:

F. Neugebauer: Kilka słów o sematologicznem i dyagnostycznem znaczeniu badania śladów chodzenia czyli ichnogramów ludzkich. Warszawa 1893. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

S. Bulikowski: O wyborze miejscowości klimatycznych a w szczególności o Gleichenbergn. Lwów 1893.

Na pomnik ś. p. Wóycikowskiego złożyli w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* za pośrednictwem prof. Dra Bujwida Dr. Popławski i Dr. Bogdański po rublu, razem przeto 2 rsr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W celu nadania stypendyum jednorazowego na podróż w kwocie 900 zła. z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w U. J., którzy studya swe ukończyli, najdalej w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać piśmiennie, że w razie udzielenia sobie stypendyum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą wprawę naukową w pewnej gałęzi lekarskiej, bądź teoretycznej bądź praktycznej; ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego jużto w pracowniach, jużto w klinikach szczególnem przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwem zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p. Jako rękojmi pożytecznie zagranicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac. Podania należy wnieść do dnia 14. Lutego b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków d. 20. Stycznia 1894. *Browicz.*

Rok XXXIII. Kraków 3. Lutego 1894 r. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 31, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 61, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Dok. Patrz Nr. 4)

Choroby twardówki.

1) C. S. 40-letnia. *Retroflexio uteri.* Cierpi na lewe oko od roku z górą. W okolicy dolnej i wewnętrznej części gałki nastrzykanie naczyń spojówki gałkowej z widocznym odcieniem fiołkowym; znaczny naciek odpowiednich odcinków rogówki. Ciągłe bóle głowy, obfity łzotok. Suche kataplazmy, kokaina, leczenie cierpienia macicznego, obfite dawki salicylanu sodowego.

12. Lipca. Nastrzykanie spojówki mniejsze, jednakże naciek rogówki posunął się znacznie dalej ku środkowi. Prócz środków powyższych opatrunek uciskający.

20. Lipca. Nastrzykanie znaczniejsze, naciek posuwa się dalej. Bóle głowy nie do zniesienia. Wstrzyknąłem sublimat.

25. Lipca. Bóle głowy ustały nazajutrz po wstrzyknięciu (dopomogło tu zapewne usunięcie opaski uciskającej); naciek rogówki jak poprzednio. Powtórnie wstrzyknąłem sublimat; potem wstrzyknąłem go jeszcze sześć razy w odstępach czterotygodniowych.

28. Sierpnia. W obrębie dolnej i zewnętrznej części gałki spojówka zbladła; pozostała w niej tylko barwa błękitnawa, odpowiednie w rogówce zaćmienie, jakby *arcus senilis*, z tą tylko różnicą, że zaćmienia nie oddzielało od rogówki pasemko tkanki przeźroczystej, lecz łączyło się wprost z rąbkiem spojówkowym.

2) Marya R., 22-letnia. Dzieje tej chorej znam dobrze od lat dziesięciu. Mianowicie przed 10-ciu laty przybyła do mnie z czterema wrzodami na brzegu lewej rogówki, z których każdy miał średnicy przeszło 3 mm.; zajmowały one więc razem bardzo znaczną część powierzchni rogówki. Dopiero po upływie 4 tygodni wrzody się wygoiły, pozostawiwszy znaczne bielma. We dwa lata później cierpiała chora na zapalenie rogówki (pryszczykowate) przez cztery miesiące, poczem pozostały zamglenia, które zajęły już nietylko obwodowe części, lecz nawet część środka rogówki w obrębie źrenicy położoną. We dwa lata później choroba znów powróciła, lecz wówczas chorej nie widziałem. Udawała się na kuracyę za granicę i spędziła sezon w Kreuznach. Dodam nawiasem, że żadnych objawów kiły dziedzicznej u chorej nie było. Odtąd oko lewe co kilka miesięcy czerwieniało, łzawiło, na rogówce powstawały coraz to nowe zaćmienia.

4. Lutego 1893 r. znalazłem: rogówka zupełnie prawie zaćmiona, tylko w samym jej środku i nieopodal brzegu dolnego, w kierunku południka pionowego pozostały miejsca przeźroczyste o średnicy ledwo 1 mm. W obrębie dolnej, wewnętrznej części gałki bardzo znaczne nastrzykanie naczyń spojówki gałkowej z odcieniem wyraźnie fiołkowym; przyłączyła się więc sprawa zapalna nadtwardówkowa. Kataplazmy, kokaina, opatrunek uciskający, wewnątrz jodek potasu. Po upływie czterech tygodni spojówka cokolwiek zbladła, $V = {}^{10}/_{200}$.

6. Maja. Na brzegu wewnętrznym rogówki wrzód o brzegach wyniosłych a dnie brudnem, średnicy przeszło 3 mm., przeważnie w rogówce położony, ku któremu zmierza gruby pęk naczyń. Pozostałe części spojówki gałkowej zupełnie prawie blade. Wrzód po zastósowaniu kreoliny wygoił się w ciągu ośmiu dni, naciek jednak rogówki zwiększył się znacznie.

10. Czerwca. Spojówka gałkowa wszędzie blada, jednak pęk naczyń, który zmierzał ku dawnemu wrzodowi, pozostał jak dawniej, naciek zaś rogówki jest najznaczniejszym obok jej brzegu wewnętrznego. Pęk ten przeciąłem głęboko, do samej białkówki, nacinaczem Desmarresa, poczem znikł po upływie trzech tygodni, pozostawiając jedno tylko naczynie krwionośne; naciek zaś rogówki w pobliżu jej brzegu wewnętrznego zmniejszył się cokolwiek.

10. Sierpnia. Wstrzyknąłem sublimat; powtórzyłem następnie wstrzyknięcia 6 razy w przerwach czterodniowych.

3. Września. Rogówka w środku, w obrębie całej prawie źrenicy jest przeźroczysta, stały się również przeźroczystemi trzy pola na jej powierzchni, każde przeszło 2 mm. wielkości, a położone ku wewnątrz, ku zewnątrz i ku dołowi. Naciek rogówki zmienił swą postać; dawniejszy odcień szarawy ustąpił prawie zupełnie, zamglone części przybrały barwę bardziej białawą. Spojówka gałkowa zupełnie blada. $V = {}^{20}/_{70}$. Przeczekawszy jeszcze trochę, można będzie pomyśleć o tatuowaniu rogówki.

W miąższowem zapaleniu rogówki próbowałem wstrzykiwań sublimatu w trzech przypadkach, lecz w żadnym z nich nie widziałem najmniejszej różnicy w przebiegu choroby.

Choroby tęczówki.

Stósowałem sublimat w czterech przypadkach samoistnego zapalenia tęczówki, lecz w trzech z nich leczenie to na przebieg choroby nie wywarło żadnego wpływu. W jednym przypadku otrzymałem natomiast wynik nadzwyczaj pomyślny.

N. A., 38-letni, w końcu Lipca z. r. zachorował na zapalenie tęczówki lewego oka. Zaczął się leczyć dopiero po upływie tygodnia. Stósowano wcierania szaruchy z beladoną na skroni, salicylan sodowy, atropinę (1%) tylko dwa razy dziennie. Wobec ciągłego pogarszania się stanu przybył do Kijowa.

5. Sierpnia 1893. Stan zapalny bardzo mocny; ostatnie trzy noce zupełnie bezsenne. Źrenica całkiem niewidoczna; w jej obrębie obfity wysięk. Po wkraplaniu przez dwa dni (po 10 razy dziennie) atropiny 2% z kokainą 3% źrenica wcale się nie rozszerzyła; fenacetyna i antipyryna bólów nie uśmierzyły. Wskazówek co do swoistego pochodzenia sprawy najzupełniej żadnych. Wstrzyknąłem sublimat. stósując dalej atropinę z kokainą.

7. Sierpnia. Bóle zmniejszyły się o tyle, że chory już pierwszej nocy po wstrzyknięciu spał kilka godzin. Równocześnie w dwóch kierunkach: ku zewnątrz i ku wewnątrz źrenica zaczęła się rozszerzać, na dnie zaś komórki przedniej spostrzegłem nieznaczną ilość ropy.

9. Sierpnia. *Hypopyon* znikło. Drugie wstrzyknięcie.

14. Sierpnia. Brzeg źrenicy oderwał się jeszcze w kilku miejscach, wysięk w obrębie źrenicy w znacznej części wessany. Trzecie wstrzyknięcie.

18. Gałka blada, ku dołowi, ku górze i ku zewnątrz źrenica zupełnie rozszerzona, ku wewnątrz szeroka tylna przyczepina, w jej zaś pobliżu złogi na torebce soczewki, które zajmowały dość znaczną część jej powierzchni. Mimoto $V={}^{20}/_{70}$.

Choroby naczyniówki i siatkówki.

1) Anna S., 42-letnia.

25. Maja 1893. Prawe oko M—10 D, $V={}^{10}/_{100}$, lewe oko M—9D $V={}^{10}/_{200}$. Zamglenia ciałka szklanego w obu oczach, rozległe zmiany zanikowe w okolicy tylnego bieguna, zajmujące w części obie plamki żółte. Czytanie prawie niemożliwe, zwłaszcza prawem okiem. W ciągu ostatnich trzech lat stósowano dwa razy do roku sztuczne pijawki. Zaleciłem pigułki Bietta i 15 wstrzyknięć podskórnych strychniny na skroni.

25. Lipca. Zmiany żadnej. Wstrzyknąłem sublimat po cztery razy na każdem oku, w odstępach czterodniowych.

30. Sierpnia. V O.D$={}^{20}/_{70}$, V O.S$={}^{20}/_{50}$. Zamglenia ciałka szklanego ustąpiły bez śladu.

2) A. T., 35-letni.

Przed dwoma laty, gdy po raz pierwszy badałem chorego, znalazłem: M—9D, $V={}^{20}/_{100}$. Zmiany zapalne w postaci drobnych, odosobnionych wysepek, zajmujące okolice obu plamek żółtych. Czyta z trudnością 1·25 Sn. Kiłowe zakażenie przed dwoma laty. Chory udał się na Kaukaz, gdzie go leczono wcieraniami szaruchy i stósowano kąpiele siarczane. W rok później zmiany żadnej nie znalazłem. Zaleciłem 10 podskórnych wstrzyknień strychniny, po których jakkolwiek bystrość wzroku pozostała ta sama, jednakże chory mógł czytać Sn. 1. Na wiosnę r. b., według słów chorego, wzrok pogorszył się o tyle, że prawem okiem czytać wcale już nie mógł, lewem zaś tylko największy druk i jakkolwiek żadnych innych objawów kiły nie było, udał się jednakże powtórnie na Kaukaz, gdzie poddał się poprzedniej kuracyi; wzrok wszakże stopniowo pogarszał się tak, iż 2. Sierpnia 1893 r. znalazłem V O.D. ${}^{3}/_{10}$, V O.S. ${}^{5}/_{100}$, zmiany zaś w okolicy plamek żółtych postąpiły o wiele dalej. Po czterokrotnem wstrzyknięciu sublimatu do obu oczu w odstępach czterodniowych osiągnąłem: V O.D. ${}^{15}/_{100}$, V O.S ${}^{20}/_{100}$, czyta Sn. 0.8.

W typowem zwyrodnieniu barwikowem siatkówki stósowałem sublimat w dwóch przypadkach, lecz w żadnym nie osiągnąłem najmniejszej poprawy.

Zarówno więc z prac poprzednich, jakoteż z przytoczonych tu przypadków przyjść musimy do wniosku, że wstrzykiwania sublimatu pod spojówkę gałkową stanowią środek leczniczy nie do odrzucenia, gdyż niewątpliwie wywierają wpływ na przebieg wielu spraw chorobowych, nadto wpływ ten występuje rychlej, niż po zastósowaniu innych sposobów leczenia. Jak atoli wytłómaczyć to działanie sublimatu? Cierpienia, w których dotąd używaliśmy sublimatu, dwóch są kategoryj: Do jednej należą sprawy powstałe wskutek zakażenia, sprawy, w których udział czynny drobnoustrojów nie może ulegać wątpliwości. Otóż już z pracy J. E. Weeksa (*Arch. f. Augenheilk. XIX*, str. 112) wiemy, że sublimat w rozczynie 1 : 10000, działając wprost, zabija stanowczo drobnoustroje po 14 sekundach, że dalej rozczyn 1 : 20000, dokonywa tegoż w ciągu 12—15 minut. Zdawaćby się jednak mogło, że rozczyn sublimatu, przechodząc przez tkanki żywe, wskutek niezbędnych oddziaływań chemicznych, stracić może swą siłę bakteryobójczą. Jednakże z badań Ovio wiemy, że przesączając się przez ciałko szklane nie traci on tej siły, w znacznym przynajmniej stopniu. Że Pflüger otrzymał pomyślne wyniki wstrzykując trójchlorek jodu, nie może to bynajmniej wpłynąć na zmianę poglądu naszego. Z doświadczeń Weeksa (t. s. str. 115) wiemy, że woda chlorowa świeżo przygotowana niszczy żywotność drobnoustrojów w ciągu $1^1/_2$ minuty; zdaniem znów Pflügera (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde*) 1892, str. 171) trójchlorek jodu działa o wiele mocniej od wody chlorowej. Tak więc działanie sublimatu w przypadkach zakażenia polega najprawdopodobniej na jego działaniu bakteryobójczem. Nie chodzi tu koniecznie o zupełne zabicie drobnoustrojów; dość będzie przynajmniej osłabić ich żywotność, gdyż zyska na tem znacznie odporność tkanek.

Do drugiej kategoryi należą przewlekłe sprawy zapalne, co do których o wpływie drobnoustrojów nie może chyba być mowy. Wiemy wszakże, iż w cierpieniach tych, niektórych zwłaszcza, oddawna używano sublimatu wewnętrznie, nie możemy też zaprzeczyć względnie pomyślnym wynikom tego sposobu leczenia; działanie zatem jeszcze łatwiej nastąpić może, gdy środek zastósujemy za radą Dariera więcej miejscowo, więcej pośrednio. Co się tyczy sposobu działania, to powtórzę tu tylko za Gepnerem, że „przypuścić należy, że wchodzi tu w grę działanie rtęci jako *antiplasticum dissolvens*, wpływając na wchłonienie produktów zapalnych i przez poprawienie ukrwienia podnosząc odżywianie“.

Mamy przeto następujące wskazania do stósowania wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu:

1) Naprzód w przypadkach nagromadzenia się ropy w komórce przedniej. W niektórych razach środek ten nie pomaga. Przekonali się o tem już Simi, Darier i Gepner; ja również niezawsze pomyślne osiągnąłem wyniki. Miałem trzy takie przypadki; były one nadzwyczaj ciężkie, bardzo zadawnione, ropa całkowicie wypełniała komórkę przednią; w dwóch przypadkach chorzy przybyli już po samodzielnem przedziurawieniu rogówki. W jednym otrzymałem całkowite bielmo, w dwóch innych udało mi się ocalić dość znaczne części rogówki dla późniejszej irydektomii, cała zaś sprawa gojenia się trwała ledwo dwa tygodnie.

2) W przypadkach zakażonych ran gałki, jako środek leczniczy.

3) W tych samych przypadkach, jako środek zapobiegawczy. Myśl podał Darier; Gepner zaś, uzasadniając zdanie co do urazów przypadkowych, słusznie mówi, że widząc po raz pierwszy chorego, niepodobna rozstrzygnąć, czy też rana nie jest już zakażoną; powtóre, uwzględniając znaną teoryę Deutschmanna, moglibyśmy w ten sposób zapobiedz w samym początku współczulnemu zapaleniu drugiego oka. Co do przypadków urazów chirurgicznych, stosowanie wstrzykiwań jako środka zapobiegawczego zakażeniu ledwo nie we wszystkich przypadkach, uważam razem z Gepnerem za zupełnie niepotrzebne, gdyż obecnie nietylko w prawidłowo urządzonych zakładach, lecz nawet w przypadkach operowanych w otoczeniu względnie bardzo niepomyślnem, o zakażeniach ran operacyjnych słyszymy coraz rzadziej. Stosowanie wstrzykiwań zapobiegawczych ograniczyć należy chyba do przypadków, wymagających operacyi, w których możemy przypuścić, że zakażenie już poprzednio mogło nastąpić.

4) W ciężkich, uporczywych zapaleniach tęczówki, zwłaszcza połączonych z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej.

5) W zapaleniach twardówki.

6) W zapaleniu naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów.

Jako zarzut przeciwko leczeniu wstrzykiwaniami podspojówkowemi sublimatu możnaby przytoczyć okoliczność, że sposób leczenia jest przykry dla chorych. Już Secondi mówi, że rozczyny mocniejsze nad $^1/_2\%$ wywoływały bardzo mocne bóle i obrzmienia spojówki gałkowej. Simi (*Bull. d'ocul. XI*, str. 126) również mówi o mocnych bólach, opuchnięciu powiek, obrzmieniu spojówki gałkowej, nawet wysadzeniu oka. Gepner mówi, że wstrzykiwania wywołują ból, który trwa nieraz kilka lub kilkanaście godzin, dalej, że niekiedy powstają bardzo obfite wybroczyny podspojówkowe. Jeżeli się używa do wstrzykiwań jednej przedziałki strzykawki rozczynu 0,1% sublimatu, nazajutrz (str. 764) „oko jest dość znacznie podrażnione, widzimy wyraźny obrzęk łącznicy, naczynia krwionośne są mocno nastrzyknięte a pod łącznicą widać ciecz żółtawą, surowiczą i liczne drobne wynaczynienia...“. „W miejscu zastrzyknięcia tworzy się rodzaj blizny, łącznica zrasta się z białkówką, względnie z torebką Tenona i białkówką tak, że wprowadzenie igły przy powtórnych zastrzykiwaniach nieraz bywa bardzo trudne. Miejsca takie przybierają barwę blizny biało-niebieskawej“. W kilku przypadkach otrzymał nawet ograniczoną zgorzel spojówki.

W istocie zjawiska opisane spostrzegałem w pierwszych przypadkach, w których używałem rozczynu sublimatu 0,1%. Gepner słusznie tłómaczył je drażniącem działaniem mocnego rozczynu. Po użyciu mocnych rozczynów nie spodziewałem się żadnej korzyści już dla tego samego, że przejście do naczyń chłonnych o wiele łatwiej nastąpić może za użyciem słabych rozczynów, nie działających żrąco na tkanki. To też bardzo prędko zacząłem używać rozczynu o połowę słabszego, zastrzykując natomiast po 3—5 przedziałek. Oko zawsze znieczulałem zupełnie, wkraplając rozczyn kokainy trzy razy w odstępach pięciominutowych. Następnie ujmowałem szczypczykami fałd spojówki i wprowadzałem doń cewkę zwykłej strzykawki Pravaza na trzy tylko milimetry. Na znaczne bóle chorzy nigdy się nie uskarżali; wynaczynienia jeśli były, to bardzo nieznaczne i znikały zupełnie w ciągu 2—3 dni. Chorzy używali opaski tylko w ciągu 4—6 godzin po wstrzyknięciu, nazajutrz zaś zadrażnienia w oku zwykle wcale już prawie nie było.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał
Dr. Antoni Gabryszewski,
I. asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4.)

Przy wszystkich operacyach w częściach zdrowych (*sit venia verbo*) wystarcza wstrzykiwanie podskórne. Zatem kaszaki, tłuszczaki i różnego rodzaju guzy, o ile są pokryte skórą prawidłową, należy znieczulać podskórnie; tak samo cięcia przy herniotomiach, laparotomiach i t. d. Aby znieczulić skórę do cięcia długiego na jakie 3 cm., wystarczy jedno wstrzyknięcie; im dłuższe cięcie, tem więcej potrzeba popchnięć tłoka a posunięć igły. Przestrzeń znieczulona jednem wbiciem igły będzie więc o kilka centymetrów dłuższa od długości igły i, gdybyśmy mogli używać igieł dowolnej długości nie byłoby tak wielkiej przestrzeni, którejbyśmy nie mogli znieczulić jednem wkłuciem.

Jeśli jedno wstrzyknięcie, zawierające $^1/_{10}$ gramowej strzykawki, czyli 3 miligramy 3% rozczynu kokainy znieczuli przestrzeń wielkości srebrnego reńskiego, to posunięcie igły w tym samym otworze o kilka centymetrów dalej znieczuli dalszą przestrzeń tej samej wielkości i t. d. Do mniejszych cięć, do wyłuszczenia mniejszych guzów wystarczy zatem bezwarunkowo jedno wkłucie; zaleca się jednak zawsze posunięcie igły w odpowiednim jednym lub kilku kierunkach. Celem przeprowadzenia cięcia popycha się igłę w jednym kierunku, celem wyłuszczenia guza przesuwa się ją dwiema krzyżującemi się drogami.

Weźmy przykład: wyłuszczyć chcemy kaszak wielkości włoskiego orzecha; wbijamy igłę na jego szczycie i wstrzykujemy w kierunku ku górze $^1/_{10}$ strzykawki, na granicy guza cofamy igłę blisko do jej końca, obracamy ją o 90° i wpuszczamy taką samą ilość rozczynu na obwodzie guza z boku; toż samo robimy od dołu i z drugiego boku, wreszcie przed wyciągnięciem igły na szczycie guza zastrzykujemy piątą podziałkę. Użyliśmy do znieczulenia guza 5 podziałek czyli pół strzykawki, mamy znieczulenie doskonałe a razem wziąwszy spotrzebowaliśmy półtora centygrama kokainy.

Tego rodzaju znieczulenie wystarczy i na znacznie większe guzy. Jeśli one dorastają wielkości cytryny, trzeba we wszystkich kierunkach dodać po jednem wstrzyknięciu, ale wkłucie jedno powinno jeszcze wystarczyć. Zwracam uwagę na to postępowanie; oszczędza nam ono czasu a choremu bólu, każde bowiem następne wkłucie winno się zrobić w przestrzeni już znieczulonej a na znieczulenie czekać przecież tylko chwilkę trzeba.

Jeśli guzy głębiej sięgają, dobrze jest przez dodatkowe wkłucie znieczulić także ich podstawę, oczywiście z zachowaniem pewnych ostrożności, gdy guz leży na miejscach unaczynionych lub na ważniejszych narządach. Jedno wstrzyknięcie

zazwyczaj wystarcza w takich razach. Zalecone przez niektórych autorów wstrzykiwanie płynu podczas cofania strzykawki jest bardzo dobre, ale obojętną jest chyba rzeczą, czy zapuszcza się rozczyn przy wbijaniu, czy wyciąganiu strzykawki. Ma to jednak mojem zdaniem na oku inny cel praktyczny a mianowicie ten, aby przez wbicie igły jak najmniej bólu sprawić choremu. Im szybciej się igłę wbije, tem mniej bólu będzie, a szybkość wymaga pewnej siły czyli rozpędu; wbijając ze znaczniejszą siłą, nie można obliczyć, jak daleko się wejdzie; zatem później dopiero przez łagodne cofanie igły zaprowadza się ją we wskazane miejsce.

Najlepiej znieczulają się okolice, gdzie skóra sama lub wspólnie z błoną śluzową tworzy złożone fałdy, przegrodzone niegrubą warstwą tkanki, jakoto wargi, powieki, napletek albo ucho. Miejsca takie znieczula się przez wstrzykiwanie rozczynu w środek między obie blaszki. Takie postępowanie najzupełniej wystarcza t. j. znieczula na obie strony, nawet tam, gdzie warstwa środkowa dosięga znacznej grubości, np. na wardze. Czyto przy wycinaniu raka (V rzymska), czy przy operacyach plastycznych wargi zajęczej, otrzymuje się zupełnie dobre znieczulenie; przestrzegać tylko należy, aby nie pominąć miejsca, gdzie ma się prowadzić cięcia. Kierunek więc wbijania igły przy wycinaniu raka w kształcie piątki idzie z jednej i drugiej strony nowotworu od czerwieni zacząwszy w głąb zbieżnie. Trzeba się trzymać środka t. j. równego oddalenia od błony śluzowej, lepiej nawet bliżej skóry. Trzymając się tej samej zasady operuje się na powiece, uchu, skrzydłach nosowych i napletku.

Większe trudności sprawia z n i e c z u l e n i e c z ę ś c i g ł ę b o k i c h a s z c z e g ó l n i e k o ś c i. Rozpocząć należy od znieczulenia skóry w całym obszarze, w którym ma się odbyć zabieg operacyjny, potem dopiero wstrzykuje się do warstw głębszych i w bezpośrednie sąsiedztwo (w okostną) kości.

Jeśli kości są rozmiękłe, można i trzeba wbijać w nie igłę; wprowadzając małe ilości płynu wykonałem w ten sposób amputacyę podudzia i kilka atypowych resekcyj stępu. W ogóle wśród tkanek zbitych i twardych wstrzykiwanie płynu odbywa się z niemałą trudnością. Jest to właściwie wtłaczanie cieczy pod znacznem ciśnieniem za użyciem znacznej siły. Dlatego też potrzeba do tego rodzaju znieczuleń mocnych i dobrych strzykawek, o tłoku ściśle przylegającym, dwóch ramionach przy podstawie walca i nasadce szrubowo przymocowanej.

Najczęściej będzie ich potrzeba do znieczulenia zębów; w tym też celu kazałem sporządzić o s o b n e s t r z y k a w k i, które przedstawiłem na przedostatnim zjeździe chirurgicznym.[1])

Obok przymiotów wyżej przytoczonych, mają one jeszcze tę właściwość, że ich zakończenia (miejsce, gdzie się zakłada nasadkę z igłą) są wygięte pod prostym lub rozwartym kątem a nadto, że igły są bardzo krótkie. Zaletą tych strzykawek jest to, że i najgłębiej leżące zęby można znieczulić za ich pomocą; igły idą zawsze w kierunku korzeni a nie wpadają nigdy za głęboko. Bardzo praktyczne, jakkolwiek nie konieczne wydaje mi się urządzenie szrubowego poruszania tłoka, przez co zyskuje się na sile i dokładności.

Kiedy już mowa o strzykawkach, to muszę nadmienić, że W ö l f l e r podał strzykawkę o igłach zakrzywionych, co ma ułatwiać injekcye podskórne. Jestem tegoż samego zdania, jakkolwiek przy wszystkich operacyach w częściach miękkich (a do tych Wölfler je zalecił) dotąd się obchodziłem bez nich.

P r z y z ę b a c h z n i e c z u l e n i e j e s t n a j t r u d n i e j s z e. Zęby względnie zdrowe siedzą jak wmurowane w twardej kości; między zębem a zębodołem nie ma czasem literalnie mowy o żadnym przestworze. W takim przypadku po znieczuleniu rąbka dziąsłowego, jeśli zawiedzie kilkokrotna próba wprowadzenia igły, zastrzykuje się po prostu głębiej po wewnętrznej i zewnętrznej stronie szczęki tuż przy kości i otrzymuje się zwykle bardzo dobre znieczulenie. Jeszcze trudniejsza sprawa z zębem, obok którego leży ropień, bo zastrzyknięcie wywołuje napięcie i szalony ból; wtedy lepiej zastrzyknąć tylko po jednej tj. po przeciwnej stronie (zwykle wewnętrznej) a po stronie ropnia tylko natrzeć 10% kokainą lub skierować nań prąd chlorku etylowego. Bliższe szczegóły znieczulenia z zakresu dentystyki znajdą się wyczerpująco przedstawione w rozprawie Dra Łepkowskiego, w najbliższym czasie ogłosić się mającej; do niej przeto odsyłam ciekawych.

Pozostaje nam jeszcze przedstawić w krótkości s p o s o b y z n i e c z u l a n i a t k a n e k z a p a l n y c h i c h o r o b o w o z m i e n i o n y c h. Otrzymać można i tutaj zupełnie dobre wyniki, jeśli sprawa nie zajęła zbyt wielkich przestrzeni. Najczęstszemi cierpieniami w tym dziale są zastrzały, czyraki, nacieki, ropnie tkanek (*phlegmone*), w końcu wrośnięcie paznogci (*ungues incarnati*).

Tkanki zapalne mają tę złą stronę, że samo wbicie igły i wstrzykiwanie płynu wywołuje w nich nieznośne bóle.

Na szczęście mamy sposoby dozwalające nam usunięcia, przynajmniej złagodzenia tej przykrości. Przedewszystkiem możemy za pomocą rozpylania eteru lub chlorku etylu zmniejszyć znacznie czułość tkanek takie też postępowanie zalecałoby się u osób nerwowych i wrażliwych.

Prócz tego p i e r w s z e w b i c i e i g ł y w y k o n y w a ć n a l e ż y z a w s z e w c z ę ś c i z d r o w e j s ą s i a d u j ą c e j z t k a n k ą c h o r ą i zwolna dopiero popychać trzeba igłę w miejsca bolesne; nakoniec najpierw trzeba znieczulić samą skórę, potem dopiero części głębsze, przyczem unikać należy wtłaczania cieczy do przestworów napełnionych ropą, co znacznie ból powiększa.

Przy zastrzale (*panaritium*) n. p. wbija się igłę podskórnie w część zdrową, dośrodkowo położoną, następnie posuwa się pomału w skórze chorej, w końcu cofnąwszy igłę zagłębia się ją znowu aż do kości i posuwając po niej wstrzykuje znowu. Takie postępowanie daje nam z pewnością świetne znieczulenie, jak o tem przekonałem się kilkadziesiąt razy, a gdyby nawet samo wstrzykiwanie było nieco bolesne, to następne przecięcie, wyskrobanie, wypełnienie gazą załatwić można spokojnie i dokładnie.

Flegmony i ropnie, pokryte jeszcze jaką taką skórą, znieczula się podobnie przez wstrzykiwanie wśródskórne; jeżeli zaś skóra jest bardzo zcieńczała, najlepiej użyć prądu chlorku etylowego, który po kokainie uważać należy za najlepszy jeszcze środek znieczulający (jest jednakowoż trochę za drogi).

---

[1]) Strzykawki te wyrabia w Krakowie bandażysta kliniczny p. Knapiński.

Szczegółowego opisu potrzebuje nasze postępowanie we wrośnięciu paznogcia, choćby dla tego, że to cierpienie tak częste a odsądzone od błogiego wpływu kokainy (p. wyżej).

Biorąc za zasadę, że wyrywamy pół paznogcia, wbijamy igłę mniej więcej w środek szczytu palca na jakie dwa milimetry pod paznogciem i posuwamy ją w kierunku osi podłużnej paznogcia między nim a kością aż do jego podstawy (*matrix*, *radix unguis*). Następnie wysuwamy ją nieco i kierujemy ku obranionemu brzegowi: oczywista wstrzykujemy podczas całego zabiegu znieczulania kilka razy po jednej podziałce rozczynu. W taki sposób kilka podziałek 3‰ rozczynu kokainy i jedno wkłucie wystarczy do najdokładniejszego znieczulenia, ku zadowoleniu a często i podziwowi chorego. [1]) Kto raz widział męczarnie chorego operowanego bez znieczulenia a nawet w mgle eterowej, ten zdoła ocenić jaskrawą różnicę wykonania operacyi przy pomocy kokainy i na zawsze pozostanie jej zwolennikiem.

Nie jedno by się dało jeszcze o tem i owem powiedzieć; przekroczyłoby to atoli ramy małego zdania sprawy, które i tak już zanadto się rozwlekło. Muszę jednakowoż w końcu dorzucić kilka uwag ogólniejszej natury. [2]) Wszelka rzecz ma swoje dobre i złe strony, ma pewne granice, których przekraczać nie może i nie powinna.

Znieczulenia kokainowego nie można powtarzać za często, gdyż ustrój bardzo łatwo przywyka do tego alkaloidu. Spostrzegłem to raz już po kilkakrotnem wstrzyknięciu kokainy celem wyrwania kilkunastu korzeni zębowych; przy końcu znieczulenie było bardzo niedokładne. Zwrócił już na to uwagę Ad. Barth (z Berlina), Spear, Decker etc. Z tego powodu nie nadawałaby się kokaina do łagodzenia często powtarzanych, bolesnych injekcyj np. w kile, jak to proponował Mandelbaum.

Jest też cały szereg operacyj, gdzie samo znieczulenie miejscowe nie wystarczy, nie tylko ze względu na wielkość zabiegu albo stan psychiczny chorego, ale i tam, gdzie chodzi o zwolnienie ogólnego napięcia mięśniowego.

Bądź co bądź, zgodzić się nie mogę na twierdzenie Fränkla ani Hoffmanna, którzy czynią kokainie zarzut, że brak jej moralnego wpływu narkozy.

Taki sąd to miecz obosieczny, bo to, co ma być kokainy wadą, jest z drugiej strony także jej wielką zaletą. Jeżeli jest wielu chorych, dla których chloroform jest dobrodziejstwem, bo ich uwalnia od cierpień i świadomości tego, co się z nimi dzieje, to na odwrót jest wielu innych, których nic tak nie przeraża, jak narkoza, pozbawiająca ich woli, grożąca niebezpieczeństwami, rzucająca bezsilnych w moc obcych ludzi.

Nasze środki usypiające dalekie są od ideału, o którym Hueter marzy: „musimy znaleść środek, który sprowadzi tylko anestezyę ogólną, bez zboczenia sfery ruchu i bez zniesienia przytomności. Trucizna ta musi porażać ściśle tylko nerwy czuciowe, podobnie jak kurara poraża tylko nerwy ruchowe. Dopóki nie mamy takiego środka, musimy się bardzo rachować z znieczuleniem miejscowem“ i. t. d.

To też kokaina jest i długo jeszcze będzie jedną z najpiękniejszych zdobyczy, jakie duch ludzki przyrodzie wydarł i poświęcił braci cierpiącej.

[1]) Zabawne są uwagi chorego, np. o rozpalonem żelazie (Paquelina), które dziwnym sposobem pali, ale nie boli i.t.p.

[2]) Bardzo dobre wyniki otrzymaliśmy także za pomocą kokainy przy operacyach na psach. Dr. Klecki, który wykonał cały szereg laparotomij doświadczalnych z wykluczeniem pętli jelitowych (*eliminatio intestinorum*) tracił wiele psów skutkiem chloroformu, a że morfina była przeciwskazaną ze względu na mocne wymioty, jakie sprowadza, za moją poradą użył kokainy i widział jak najlepsze skutki. Psy po wstrzyknięciu 0·05—0.1 kokainy wzdłuż cięcia brzusznego, nie tylko nie odczuwały na ból miejscowy, ale leżały do końca operacyi (około 2 g.) nadzwyczaj spokojnie. To też i do tego celu możemy zalecić najsumienniej kokainę.

III. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o nowszych pracach w przedmiocie związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia pacierzowego.

Podał

Dr. Władysław Reiss,
asystent kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Jedną z najważniejszych spraw spornych w dziedzinie neuropatologii jest niewątpliwie sprawa związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia pacierzowego. Od czasu, gdy Fournier we Francyi a Erb w Niemczech wykazali liczbami, że w anamnezie chorych dotkniętych wiądem rdzenia prawie zawsze mogli wykazać kiłę, pochwycili neuropatologowie tę okoliczność etyologiczną a zewsząd posypały się statystyki popierające tę teoryę; w miarę tego wzmaga się z roku na rok po dziś dzień liczba zwolenników i obrońców zapatrywania się wymienionych autorów. Gdy hipotezę tę pierwszy raz wypowiedziano, roztrząsano tę sprawę o wiele więcej w towarzystwach lekarskich, aniżeli w pismach zawodowych a z mnóstwa zdań sprawy z posiedzeń towarzystw francuskich i niemieckich widzimy, że nie odbyło się podówczas prawie żadne posiedzenie, bez żywej dyskusyi o wspomnianym przedmiocie. Z tego chaosu literackiego wyróżniały się tylko głosy Leydena, Westphala i Tarnowskiego, które przeczyły stanowczo szerzącym się poglądom, opierając się przedewszystkiem na nieskuteczności leczenia przeciwkiłowego u osób na wiąd rdzenia pacierzowego chorych, którzy przed tem niewątpliwie kiłę przebywali.

Isaac, który rozporządzał odpowiednim materyałem i datami statystycznemi, odpowiada przedewszystkiem na następujące cztery pytania, stanowiące rdzeń kwestyi, o którą chodzi.

1) Czy prawdą jest, że w anamnezie tabetyków można wykazać kiłę o wiele częściej od innych chorób zakaźnych?

2) W jakim okresie kiły występuje najczęściej wiąd rdzenia pacierzowego?

3) W jaki sposób możemy sobie wytłómaczyć związek przyczynowy pomiędzy temi chorobami?

4) Jaki jest skutek z leczenia przeciwkiłowego w wiądzie rdzenia pacierzowego?

Co do pierwszego pytania, to zwrócił już Leyden uwagę, że statystyka Erba zawiera wiele błędów, z których najkardynalniejszym jest ten, że wszystkich chorych, składających się na tę statystykę, posądzano o przebycie kiły, którzy podawali, że ich leczono kiedyś na wrzód na częściach płciowych. Nie obwiniając Erba i jego zwolenników o nieznajomość syfilidologii, wskazuje autor na trudności, jakie mamy do pokonania chcąc wywiedzieć się od chorego, jakiego to rodzaju był wrzód i czy wystąpiły po nim jakie zmiany zakażenia ogólnego. Chory daje albo bardzo ogólne i niedostateczne odpowiedzi albo też generalizuje nawet zwykłe zapalenie napletka, *herpes progenitalis* lub nawet wiewiór (tryper) pod ogólnem mianem kiły.

Widzimy więc, że statystyka na tej podstawie zebrana jest więcej, niż problematyczna. Nadto zwraca słusznie uwagę Rosenthal, że u wielu tabetyków, którzy nawet kiłę przebywali, mogły niewątpliwie prócz tego zadziałać inne jeszcze wpływy szkodliwe a odgrywające główną rolę w etyologii

wiądu rdzenia pacierzowego, które wobec wykazania kiły zupełnie pominięto w anamnezie.

Co do drugiego pytania, to wiadomo, że wiąd rdzenia pacierzowego występuje najczęściej około 10. roku po zakażeniu. Bardzo ważną sprawą, uzupełniającą to pytanie, jest rozstrzygnięcie, czy oprócz typowego wiądu rdzenia pacierzowego nie ma jeszcze formy atypowej, będącej wynikiem zmian anatomicznych rdzenia czysto kiłowych, a powtóre, czy u tabetyków z przebyciem kiły znajdujemy kiedy równocześnie zmiany kiłowe późne w skórze lub w organach wewnętrznych? Te przypadki są właśnie nadzwyczaj rzadkie, a co do przebiegu wiądu rdzenia pacierzowego u ludzi kiłowych, choroba ta nie różni się zupełnie od tak zwanego typowego wiądu występującego u ludzi, którzy kiły nie przechodzili.

Zastanawiając się nad pytaniem trzeciem, przychodzi autor również do wniosku, że zupełnie błędnem jest dopatrywać się jakiegokolwiek związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia, a to ze względu na charakter anatomiczny cechujący te tak różne od siebie sprawy chorobowe. Sprawa kiłowa w ogólności a kilaki i zmiany kiłowe okresów późnych w szczególności zajmują przedewszystkiem tkankę łączną, należą zatem do spraw śródmiąższowych *par excellence*, podczas gdy charakter anatomiczny wiądu rdzenia jest zdaniem większości anatomów patologicznych głównie miąższowy a zajęcie tkanki łącznej jest dopiero sprawą następową.

Co do kwestyi zawartej w pytaniu czwartem, to ogólnie wiadomo, że leczenie przeciwkiłowe nie osięga w wiądzie pacierzowym żadnych rezultatów, często nawet wywiera skutek wprost niepomyślny. Erb wylicza wprawdzie wiele przypadków, gdzie rtęć i jod przyczyniły się do znacznego polepszenia stanu tych chorych, jednakowo nie liczy się z tem, że azotan srebrowy, elektroterapia i kąpiele we wszystkich przypadkach używane, jako środki pomocnicze nie mogły pozostać bez skutku.

Zastanowiwszy się nad temi czterema pytaniami, przychodzi Isaac do następujących wniosków:

1) Statystyki zawierają za wiele błędów, aby z nich można wywieść jakiekolwiek wnioski co do związku przyczynowego między kiłą a wiądem.

2) Kiła może, co najwięcej, usposabiać do powstania wiądu pacierzowego podobnie, jak wiele innych czynników.

3) Leczenie wiądu rdzenia pacierzowego rtęcią, jak to poleca Erb nawet w przypadkach, gdzie kiły wykazać nie można, jest przeciwskazane.

Koch zestawił daty statystyczne wszystkich autorów, tyczące się związku przyczynowego między kiłą a wiądem rdzenia.

Z zestawienia tego całego szeregu wykazów statystycznych wypada, że ilość chorych na wiąd rdzenia pacierzowego, którzy przebywali kiłę, wynosi 70 do 80% wszystkich dotkniętych tą chorobą. Wykazy Erba przechodzą nawet po za 89%. Największy procent wykazują Voigt, Beumont i Gowers. Przeciwnie inni autorowie, a między nimi Westphal podają, że podług ich dat statystycznych wszelki związek przyczynowy obu tych chorób należy wprost wykluczyć. Tego samego zdania jest Benedict i Rosenthal a Oppenheim uważa kiłę za jedną z wielu przyczyn usposabiających system nerwowy do wielu chorób, podobnie jak inne czynniki patologiczne. Tarnowski zwraca się wprost przeciw nadużyciom w etyologii chorób nerwowych ze względu na kiłę. Nie należy przecież zapominać, że chory dotknięty kiłą może równocześnie i niezależnie zupełnie nabawić się innej jakiejkolwiek choroby, która nie pozostaje w żadnym związku z kiłą. Podobnie, jak dawniej każdą chorobę skórną u ludzi kiłowych kładziono na karb tego zakażenia ogólnego i w ten sposób powstawały rozpoznania, jak wyprysk kiłowy, bąblica kiłowa, ba nawet świerzb kiłowy, tak i dziś jeszcze u ludzi dotkniętych kiłą prawie każdą chorobę nerwową usiłuje wielu wprowadzić w zależność od dawnego zakażenia. Neuropatologowie nie chcą widocznie zrozumieć, że ludziom tym wolno przecież (*sit venia verbo!*) nabawić się jakiejkolwiek innej choroby, prócz tej, z której już może zupełnie się wyleczyli. Jednym z fanatyków w tym względzie jest właśnie Erb, który każdy przypadek wiądu pacierzowego bez wyjątku uważa za kiłowy, jeżeli chory tylko przyzna się, że miał kiedykolwiek wrzód na członku lub jeżeli pozostała po nim blizna. Tarnowski spostrzegał stale u wszystkich cierpiących na wiąd pacierzowy a dotkniętych równocześnie późnemi zmianami kiłowemi kości lub innych narządów, że za leczeniem forsownem rtęcią i jodem zmiany kiłowe szybko ustępywały, objawy wiądu zaś pogarszały się coraz to znaczniej. Zważywszy nakoniec, że jak twierdzą francuscy statystycy, prawie 20% ludności jest dotkniętych kiłą, t. j., że prawie każdego piątego człowieka, którego spotykamy na ulicy, możemy posądzić, że jest lub był dotknięty tą chorobą, cóż dziwnego, że od wielu cierpiących na wiąd pacierzowy dowiadujemy się, że chorzy ci przebywali kiłę? Bezsprzecznie również często wykaże nam anamneza tę chorobę u ludzi dotkniętych chorobą układu naczyniowego, chorobą nerek lub przewodu pokarmowego. Jakież więc można ztąd wywodzić wnioski?

Dalej dowiemy się zapewne od tych chorych na wiąd rdzenia, że prócz kiły przebywało wielu z nich zimnicę, odrę lub ospę a nikt chyba nie zechce domyśleć się jakiejkolwiek zależności pomiędzy jedną z tych chorób a wiądem rdzenia. Statystyka cała Erba i jego zwolenników ma jeden kardynalny błąd, polegający na tem, że opiera się na pytaniu: Ilu dotkniętych wiądem pacierzowym przebyło kiłę? Rzecz gorsza, że wobec tak wielkiego rozpowszechnienia kiły cyfry, jakie wykazuje ta statystyka, są przerażająco wielkie. Inaczej zapewne przedstawiałaby się ta sprawa, gdyby statystyka była zupełnie pozytywną i postawiła sobie za podstawę pytanie: Ilu kiłowych nabywa wiądu? Zebranie takiej statystyki byłoby nierównie trudniejsze, bo zakres obserwacyi byłby nierównie większy; przyzna jednak każdy, że tylko takie zestawienie cyfr miałoby prawdziwą wartość i przyczyniłoby się mogło do przedstawienia sprawy w należytem świetle. Prawdopodobnem jest, że procent ten zmniejszyłby się wtedy nadzwyczajnie wobec dzisiejszych zestawień.

Jeden szczegół, którego nie uwzględnia żadna ze statystyk wymienionych autorów, a z którym bezsprzecznie liczyćby się należało, musimy tu wymienić, a jest nim wiąd pacierzowy u kobiet. Że choroba ta nierównie rzadziej nawiedza kobiety, aniżeli mężczyzn, jest rzeczą ogólnie znaną i nie dziwimy się temu zważywszy, o ile rzadziej narażają się indywidua żeńskie na wpływy szkodliwe, dające powód do powstania wiądu rdzenia. Mam jednak na myśli kobiety publiczne, które ze względu na ich sposób życia, nadużycia *in Baccho et Venere*, ubóstwo i wynikające z niego liche odżywianie się i wiele innych podobnych czynników wyłączyćby należało z pod ogólnej normy, bo w sposobie życia prostytutek znajdziemy bezsprzecznie wszystkie czynniki składające się na wywołanie tej choroby i to w stopniu o wiele wyższym, aniżeli u mężczyzn. Właśnie u kobiet tej kategoryi, które z reguły przebywają kiłę, powinnibyśmy spotykać znaczny stosunkowo procent chorych, dotkniętych wiądem rdzenia. Liczba bowiem prostytutek, które w ciągu swej, często długoletniej karyery zdołały uchronić się od kiły, jest tak bardzo mała, że równa się prawie zeru. A dlaczegóż u kobiet tych nie spotykamy się prawie nigdy z wiądem rdzenia pacierzowego? Statystyka w tym względzie jest przecież bardzo ułatwiona, bo wszakże indywidua te pozostają ustawicznie pod kontrolą lekarzy policyjnych, a wiadomo powszechnie, że wiąd pacierzowy u prostytutek dotkniętych kiłą jest przypadkiem nader rzadkim. Przez cały przeciąg kilkuletniej praktyki klinicznej nie spotkałem się ani razu z przypadkiem wiądu u prostytutek kiłowych w żadnym okresie tej choroby. To samo zdanie słyszałem od lekarzy starszych, mających nie równie większe ode mnie w tej mierze doświadczenie. A przecież mamy wszystkie warunki do powstania tej choroby rdzenia pacierzowego, bo prócz kiły;

nadto jeszcze rozliczne czynniki szkodliwe, pozostające z rozwiązłem życiem prostytutek w ścisłym stusunku.

Dlaczegoż Erb i jego zwolennicy nie załączą do swej statystyki tej całej plejady prostytutek, z których każda niemal z urzędu nabywa kiły, a u których nadto wszelkie zabiegi lecznicze wobec niehigienicznych stósunków życia o wiele mniejszy odnoszą skutek.

Jeżeli więc rozpoznajemy wiąd pacierzowy u człowieka dotkniętego kiłą, to jestto *tabes in individuo syphilitico* a nie *tabes syphilitica*, jak to słusznie oświadcza Koch. Co do formy wiądu czysto kiłowej (*pseudotabes syphilitica*), to jest ona nader rzadka a powstaje wtedy, gdy zmiany kiłowe zajmują obok innych części rdzenia także i sznury tylne; tylko w tych przypadkach może obraz chorobowy być łudząco podobny do obrazu klinicznego typowego wiądu.

Bardzo ważny szczegół, na który zwraca uwagę Koch w swojej krytyce poglądów Erba, stanowi rozmaitość poglądów na istotę trzeciorzędnych objawów kiłowych. Kiła jest chorobą, mogącą w równej mierze zająć wszystkie narządy ustroju ludzkiego, jak tego uczy codzienne doświadczenie; nie ma ona wcale swoich uprzywilejowanych lub ulubionych układów, w którychby się z upodobaniem sadowiła; nie mamy zatem najmniejszych danych przypuszczać, że choroba, w której specyalnie tylko pewne drogi nerwowe rdzenia są chorobowo zmienione, jaką właśnie jest wiąd, miałaby być chorobą natury kiłowej. Jeżeli zmiany trzeciorzędne kiły układu nerwowego, bo o te nam tu głównie się rozchodzi, uważamy za zmiany swoiste podobnie, jak zmiany kilakowe innych układów ustroju, to dziwićbyśmy się musieli, dlaczego te zmiany rozsiane zresztą dosyć równo gdzieindziej, w rdzeniu właśnie upatrzyły sobie pewne z góry wytknięte szlaki? Wiadomo, że na stole sekcyjnym nie znaleziono nigdy zmian swoistych kiłowych w przypadkach wiądu pacierzowego u ludzi kiłą nawiedzonych. Erb stara się pogodzić swoje zapatrywania z teoryą toksyn kiłowych. Przedstawicielem tej teoryi przyszłości jest Finger, który przypuszcza, że jad kiłowy, jakiejkolwiek jest natury, wytwarza z czasem produkta przemiany materyi w postaci toksyn, które właśnie w późnych okresach tej choroby wywołują zmiany trzeciorzędne. Autor ten jednak nie stósował tego wcale do układu nerwowego i w pracy jego nie ma o tem najmniejszej wzmianki. Teorya ta wydaje się wprawdzie ponętną, i z jej pomocą wytłómaczyć można dosyć łatwo wiele spraw zagadkowych, jak sprawę odporności na jad kiłowy, nie tłómaczy nam ona jednak wcale zależności wiądu rdzeniowego od kiły, bo znając działanie innych toksyn nie możemy zrozumieć, dlaczego właśnie te hipotetyczne toksyny kiłowe miałyby nawiedzać właśnie tylko sznury tylne rdzenia, wywołując typową *tabes dorsalis?* Dlaczego kiła mózgowa nie usadawia się przypadkiem właśnie stale w przebiegu dróg piramidalnych, lecz zajmuje raz *lobus olfactorius*, innym razem zaś płaty na podstawie mózgu? (Mam tu na myśli zmiany kilakowe a nie zmiany Heubnerowskie, które zaliczamy do wczesnych okresów kiły). Przypuszczenie zatem, że kiła wytwarza toksyny, które nagabują wyłącznie sznury tylne rdzenia, nie może się chyba przyczynić do poparcia teoryi Erba i jego szkoły.

Zdaje się, że po uwzględnieniu przytoczonych uwag każdy przyzna, że jeżeli już mamy uważać jad kiłowy za truciznę, usposabiającą ustrój do rozmaitych chorób następowych (podług Fourniera parasyfilitycznych), to przyjąć musimy tę predyspozycyę w równej mierze dla wszystkich układów ustroju, w których układ nerwowy nie dzierży żadnego przywileju.

Zapiski terapeutyczne.

— Przeciwko bólom stawowym, tak gośćcowym jak i urazowym, zaleca Taylor zewnętrzne użycie fenacetyny w postaci bądź 25% maści z lanoliną, bądź ciepłych okładów z równych części ciepłej wody i 0·5% rozczynu wyskokowego fenacetyny. (*Münch. med. Wchschft. 4. 1894*).

— Jako odtrutkę przeciw kwasowi karbolowemu zaleca O. Schobert w razie, jeżeli się domyślać można jego obecności jeszcze w żołądku, wodę wapienną ocukrzoną a siarkan sodowy, jeżeli kwas karbolowy dostał się już do jelit. Do przyrządzenia wody wapiennej z cukrem służy przepis:

13) Rp. *Calcis ustae* 15 00
Sacchari albi 25.00
Aqua destill. 960.00

Płyn ten zawiera 0·5% wodnika wapiennego i jest zarazem dobrą odtrutką przeciw kwasowi szczawiowemu. (*Pharm. Ztg. str. 407, 1893*).

— Według doświadczeń Schillinga przypady zatrucia salicylanami, jak przekrwienie mózgu i objawy ze strony narządu słuchowego, nie występują, jeżeli równocześnie zada się sporysz i naodwrót 4% rozczyn salicylanu sodowego okazał się skutecznym po zażyciu naraz naparu *(infusum)* z 10 gramów sporyszu w 150 gramach wody.

Jak azotyn amilowy *(Amylnitrit)* można uważać za odtrutkę przeciw kokainie, tak naodwrót okazało się Schillingowi skutecznem wstrzyknienie podskórne grama 5% rozczynu kokainy przeciw zatruciu po wetchnieniu 2·5 azotynu amilowego.

— W liszaju rumiennym (*Lupus erythematosus*) zalecają Bulkley i Thompson używanie wewnętrzne fosforu według przepisu:

14) Rp. *Phosphori* 0·50
Solve in
Alcoholi absoluti calefacti 30.00
Solutioni calidae
Adde
Glycerini 460·00
Spir. vini 600·00
Olei menthae 20·00

W gramie tej mięszaniny jest miligram fosforu. Zażywa się w ten sposób, że do pustej szklanki daje się tej mięszaniny tyle kropel, ile potrzeba, następnie dolewa wody i wypija wszystko za jednym łykiem. (*Mtshefte für pract. Dermatol. 1893*).

Przeciwko tasiemcowi można użyć z dobrym skutkiem, osobliwie u dzieci, naftaliny według przepisu:

15) Rp. *Naphthalini* 0·30—0·50
Olei bergamottae [1]) *guttas* 10
Olei ricini 15·00

Dorosłym zadaje się po gramie naftaliny. Po wyżyciu tego leku zażyć należy jeszcze 20 do 30 gramów oleju rącznikowego. (*La médecine moderne 24. Stycznia. 1894*.

IV. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał
Dr. Gustaw Piotrowski,
Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Mimo tego ścisłego rygoru stósunek uczniów do przełożonych, czy to *Dons* w kolegiach, czy też profesorów Uniwersytetu, jest idealnie dobry. Przyczynia się do tego wrodzone każdemu Anglikowi uszanowanie porządku i żywego prawa, temperament spokojny a nawet, powiedziałbym, dziecinny pod pewnym względem. Ćwiczenia fizyczne, jak wioślarstwo, *cricket*, *foot-ball* i t. d. wypełniające wolne od nauki chwile, dają pewien fizyczny upust młodzieńczej energii, którego tak brak studentowi kontynentu. Zresztą pod względem towarzyskim student ma równe prawa i czuje się jednako postawionym z przełożonymi, którzy też starają się rozwinąć w nim poczucie własnej godności. Jest on panem

[1]) albo jakiego innego środka wonnego.

w swych pokojach, przyjmuje w nim zarówno kolegów, jak i przełożonych, a nawet znajome damy na lunchach lub breakfestach, wie, że społeczeństwo interesuje się nim żywo i śledzi każdy objaw życia umysłowego i fizycznego, czuje swą godność i jest pod każdym względem prawdziwym gentlemanem. Zresztą wspólne życie kolegialne dodaje każdemu wykwintnej ogłady i form towarzyskich tak, że z Uniwersytetu wynosi student nie tylko wykształcenie, lecz i wychowanie.

Lecz też i kolegia utrzymywane są na stopie wprost pańskiej. Olbrzymie gmachy kolegialne, z poczerniałymi przez wieki murami, których bram strzegą ciężkie wieżyce, jak w *Trinity* lub *St. Johns College*, *Kings College* o czystym gotyku, ukrywają w swem wnętrzu szeregi krużganków, dziedzińców ze wspaniałymi wodotryskami i mostami, w głębi zaś rozciągają się trawniki przeczystej zieloności, poprzerzynane alejami olbrzymich, odwiecznych lip. Gdy wśród tego rozlega się melodyjna muzyka dzwonów kolegialnych a krużganki i ogrody zaludniają się czarnemi togami i beretami, zda ci się, żeś przeniesiony w średniowieczne czasy. Przez pierwszych parę tygodni żyje się, jakby w jakiej baśni lub feeryi. Zadużo by to czasu zajęło, gdybym chciał opisywać wewnętrzne urządzenie i cały przepych kolegiów, niektórych szczególnie, jak *Trinity*, *St. John's*, lub *Kings Coll.*. W pierwszem z nich zasiada do obiadu przeszło 600 osób, w olbrzymiej hali, obwieszonej portretami hojnych fundatorów, pędzla pierwszorzędnych mistrzów, gdzie stoły uginają się pod ciężarem starych sreber. Studenci rozchodzą się po obiedzie do swych izb, w których przyjmują towarzyszy, *Fellows* zaś udają się na pogawędkę, czarną kawę, wina i cygara do tak zwanych *Combination rooms,* urządzonych z niesłychanym przepychem. Wspaniała biblioteka w *Trinity Coll.* liczy przeszło 80.000 tomów i 2.000 manuskryptów. Kuchnie, piwnice, skarbiec i t. d. odpowiednio bogato urządzone i wyposażone. Wszystko utrzymywane jest po części z opłaty wnoszonej przez uczniów, przeważnie jednak z rozmaitych hojnych fundacyj. Rząd nie daje żadnej subwencyi i w ogólności nie ma tu nic do czynienia. Kolegia wraz z Uniwersytetem tworzą jakby małą republikę. Majątki Kolegiów są częścią w kapitałach i budynkach, częścią w ziemi. Ponieważ robotnik z każdym rokiem coraz to droższy a więc i ziemia mniejszy niesie procent, przeto też i Kolegia dużo na tem w ostatnich czasach ucierpiały.

Zdawać by się mogło, że przy tak wspaniałem i kosztownem życiu studya uniwersyteckie dostępne są tylko dla bardzo zamożnych. Tak jednak nie jest. Istnieje bardzo wiele stypendyów w kolegiach i uniwersytecie, tak zw. *Scholarships*, tudzież nagród *Prizes*, które student pilny a utalentowany z łatwością może osiągnąć i które dozwalają mu wygodnie i bez troski oddawać się studyom, a dalszą przyszłość zabezpiecza mu *Fellowship*.

Uniwersytet, podobnie jak kolegia, nie jest też instytucyą rządową, lecz utrzymuje się z prywatnych fundacyj i opłat składanych przez studentów. Pewne katedry ufundowane są przez królów a profesor zajmujący ją nosi tytuł *Regius Professor*. Innych tytuły pochodzą od nazwisk fundatorów, jak n. p. *Cavendish Professor of Physics*. W razie potrzeby, gdy uniwersytet ponosi nadzwyczajne jakieś wydatki, przyczyniają się też kolegia do pokrycia kosztów.

Do członków uniwersytetu liczą się tak obecni profesorowie i studenci, jak też i ci, którzy w nim poprzednio uzyskali stopnie. W r. 1892 liczył ich uniwersytet w Cambridge 12.799. Z tych 2.909 *Undergraduates.*

Rok szkolny podzielony jest na trzy a względnie na cztery *Terms*. Pierwszy taki trymester nosi nazwę *Michaelmas-Term*. Zaczyna się 1. Października a kończy 19. Grudnia; drugi to jest *Lent-Term*, zaczyna się 8. Stycznia, trzeci zaś to jest *Easter-Term*, kończy się 24. Czerwca; początek zależy od Świąt Wielkanocnych. Ostatni kwartał, t. j. Lipiec, Sierpień i Wrzesień nosi nazwę *Long Vacation* lub w języku studenckim *Long*. Nauka jednak odbywa się i w tym czasie a przedewszystkiem praca w laboratoryach, z wyjątkiem dwóch ostatnich tygodni Września, przez które niewolno studentom pozostawać w Cambridge, chyba że ich rodzice tam mieszkają. Przez ten czas odbywają się naprawy i generalne oczyszczanie i odświeżanie kolegiów i zakładów.

Wydziałów, w ścisłem tego słowa znaczeniu nie ma; można składać egzamina w różnym zakresie a więc z teologii, prawa, medycyny, muzyki, ekonomii politycznej, wschodnich języków i t. d. i otrzymywać w nich stopnie, które są znów nader różnorodne; można też ograniczyć się do pewnego rodzaju ogólnego wykształcenia i uzyskać w nim stopień t. zw. *Bachelor of Arts* (*B. A.*), lub też *Master of Arts.* (*M. A.)*. Opowiem pokrótce przebieg studyów, tudzież egzaminów potrzebnych do tych dwóch tytułów, gdyż obecnie większość uczniów stara się je uzyskać po za specyalnem wykształceniem.

Każdy *Under-graduate* obowiązany jest złożyć tak zw. *Previous Examination*, coś w rodzaju naszej matury, w szczuplejszym jednak zakresie. Egzamin ten nazywają studenci *Little-go*; składają go albo w Październiku po imatrykulacyi jako *Freshmen*, albo też jeszcze przed wpisami, wobec *Cambridge Local Examination Board*. Jest on wyłącznie piśmienny i składa się z dwóch części. Pierwsza obejmuje języki klasyczne, a więc tłómaczenie i objaśnianie greckiego tekstu Ewanielii, klasyków greckich i łacińskich i tłómaczenie z angielskiego na łaciński. Druga część obejmuje zasady matematyki oraz nieco logiki. Kandydat do stopnia *B. A.* przystępuje następnie do t. zw. *General Examination*. Jest to egzamin również piśmienny i składa się z dwóch części. Pierwsza obejmuje klasyków łacińskich i greckich, zagadnienia z elementarnej algebry i geometryi, elementarną statykę, w końcu tłómaczenia z angielskiego na język łaciński. Druga tłómaczenie z greckiego, mianowicie z *Aktów Apostolskich*, historyę angielską, elementarną hidrostatykę i naukę o cieple, w końcu rozbiór *Shakespearea* lub *Milona*.

Po dziewięciu termach zdaje się ostateczny egzamin, t. j. *Final Examination*, z przedmiotów, które kandydat sam sobie obiera, a więc z teologii, ekonomii politycznej, prawa, historyi, matematyki, nauk przyrodniczych i t. d. Medycy wybierają historyę naturalną. Egzamin ten (*Special Examination in Natural Science*), obejmuje chemię, botanikę, zoologię wraz z anatomią i fizyologią, wreszcie geologię. Główne pytania z chemii są: nauka o cieple i jego źródła, mierzenie, fizyczny wpływ na ciała i mechaniczny równoważnik, dalej główne zasady chemii nieorganicznej i organicznej, w końcu następuje praktyczny egzamin, mianowicie jakiś łatwy rozbiór jakościowy. Botanika obejmuje naukę o komórkach roś-

linnych, budowie i czynnościach różnych narządów, rozmnażaniu i klasyfikacye. Każdy kandydat dostaje do opisania roślinę. Zoologia, z której część bywa praktyczną, obejmuje charakterystykę głównych grup, budowę i działanie narządów następnych zwierząt: *Hydra*, *Actinia*, *Lumbricus*, *Asteris*, *Astacus*, *Blatta*, *Anodon*, *Helix*, *Gadus*, *Rana*, *Columba* i *Lepus*. Z geologii praktycznej egzamin polega na zbadaniu i opisie pewnych skał, teoretycznie zaś obejmuje główne minerały tworzące skały, tworzenie się skał i warstw geologicznych, fizyczną geografię i ogólne rozpołożenie skał w Wielkiej Brytanii. Po złożeniu tego ogzaminu otrzymuje kandydat zwykły stopień, t. j. *Ordinary B. A. Degree*, czyli, jak w Cambridge nazywają, *Poll Degree*. Po dalszych trzech latach studyów w uniwersytecie otrzymuje *B. A.* tytuł *Master of Arts (M. A.)* bez składania już żadnych egzaminów.

Istnieją jednak egzamina obszerniejsze, niż dla zwykłego stopnia a mianowicie t. zw. *for Honours*. Dają one następnie pewne prerogatywy w uniwersytecie, jakkolwiek tytuł pozostaje ten sam. Już przy *Previous* obowiązuje t. zw. *Additional Examination of Candidates for Honours*, mianowicie z mechaniki, języka francuskiego i niemieckiego. Prócz tego w miejsce *Final Examination*, jak w naszym przypadku z nauk przyrodniczych, składa kandydat t. zw. *Examination for the natural Science Tripos*, składający się z dwóch części. Jest to egzamin ustny i piśmienny, z chemii fizyki, mineralogii, geologii, botaniki wraz z anatomią porównawczą, anatomii i fizyologii człowieka. Zakres jest znacznie szerszy, aniżeli przy *Final Examination*; wymaga się też od kandydata znajomości historyi tych nauk, tudzież ich związku z filozofią.

Przejdę z kolei do lekarskich urządzeń a mianowicie egzaminów i stopni, zaczynając od *Bachelor of Medicine (M. B.)*. Ażeby być przypuszczonym do odpowiednich egzaminów, trzeba oprócz *Previous Examination* mieć 5 lat studyów lekarskich, z których przynajmniej 3 powinno się spędzić w miejscu. Egzaminów tych jest 3, a są one częścią teoretyczne, częścią praktyczne.

P i e r w s z y egzamin składa się z c h e m i i i f i z y k i, t u d z i e ż e l e m e n t a r n e j b i o l o g i i, które może zdawać osobno. Zakres tych nauk jest obszerniejszy, aniżeli u nas i wymaga się od ucznia dużo wiadomości praktycznych.

Egzamin praktyczny z chemii polega na wytwarzaniu główniejszych związków, doświadczeniach objaśniających ich własności, łatwiejszych analizach jakościowych związków nieorganicznych i miareczkowaniu. Elementarna biologia obejmuje zasady botaniki w dość szczupłym zakresie, tudzież w obszerniejszym podstawy zoologii.

D r u g i egzamin składa się z dwóch części, t. j. c h e m i i f a r m a c e u t y c z n e j (*Pharmaceutical Chemistry*), następnie a n a t o m i i i f i z y o l o g i i c z ł o w i e k a. Egzamin z chemii farmaceutycznej jest praktyczny, wymaga się znajomości otrzymywania i oddziaływania główniejszych przetworów farmaceutycznych, jak *Sol. Fowleri*, jodku potasu, przetworów żelaza, kalomelu, chloralu, jodoformu i t. d. Zakres studyów czysto lekarskich włącznie z anatomią i fizyologią przejdę później, przy innej sposobności.

Pierwsza część t r z e c i e g o egzaminu obejmuje c h i r u r g i ę (*Principles and Practice of Surgey)* i a k u s z e r y ę wraz z g i n e k o l o g i ą, druga zaś p a t o l o g i ę, m e d y c y n ę w e w n ę t r z n ą (*Principles and Practice of Physics)*, zasady h i g i e n y i m e d y c y n ę s ą d o w ą.

Po złożeniu egzaminów odbywa się t. zw. *Act*, t. j. kandydat przesyła *Thesis* profesorowi medycyny, który w razie przyjęcia oznacza dzień publicznej obrony. Kandydat czyta i broni swej tezy, przy czem prezydujący zadaje mu pytania tyczące się tezy, tudzież ogólne z medycyny.

Inny stopień lekarski jest *Bachelor of Surgery* (*B. C.*). Uzyskać go może każdy po złożeniu trzeciego egzaminu dla *M. B.* bez żadnego aktu. Tytuł *Master of Surgery* można otrzymać w dwa lata po *B. C.* i zdaniu egzaminu z p a t o l o g i i, c h i r u r g i i, a n a t o m i i c h i r u r g i c z n e j, i o p e r a c y i. Egzamin ten jest ustny, piśmienny i praktyczny.

Najwyższy stopień, t. j. *Doctor of Medicine* (*M. D.*) można otrzymać dopiero w trzy lata po zdaniu egzaminów dla *M. B.* Trzeba do tego odbyć akt podobny, jak dla *M. B.*, z pewnymi dodatkowymi warunkami, t. j. przed czytaniem tezy musi kandydat napisać *Extemporale* z jednego przedmiotu, który sobie sam wybierze, a mianowicie z f i z y o l o g i i, p a t o l o g i i, m e d y c y n y lub m e d y c y n y s ą d o w e j (*State Medicine*). Dyskusya nad tezą i egzamin ustny jest też trudniejszy, aniżeli przy *M. B.*

Tytuł, mianowicie w skróceniu, pisze się po nazwisku z dodatkiem gdzie został uzyskany, n. p. jeżeli w Cambridge, to *M. D. Cantab.*

---

†

V). Dr. Józef Rolle.

Dnia 21. z. m. zakończył życie w Kamieńcu Podolskim Dr. Józef Rolle, zasłużenie jeden z najpopularniejszych i najwięcej u nas cenionych ludzi. Szeroki widnokrąg, jaki zakreślił swej wszechstronnej pracy, wprowadził go w styczność ze wszystkiemi wybitnemi osobistościami, oraz naukowemi naszemi instytucyami i postawił w środku tego ruchu umysłowego, który go wyniósł na stanowisko pierwszorzędne, przodujące w narodzie.

Ś. p. Rolle urodził się w Henrykówce na Podolu, nauki niższe pobierał w Winnicy, Niemirowie Białocerkwi; w roku 1850. wstąpił na Wydział lekarski w Kijowie i ukończył go w 1855 r. *cum eximia laude*. Paroletnia praktyka lekarska nie czyniła zadość jego hojnie wyposażonemu umysłowi; to też już w r. 1858. udaje się do zaszczytnie znanego zakładu w Sonnenstein pod Drezném, gdzie poświęca się nauce psychiatryi a rok 1860. w celu rozszerzenia koła wiedzy zawodowej spędza w Paryżu, zkąd wraca do Kamieńca i osiada w tem mieście, jako lekarz praktykujący. W owych latach głośni lekarze podolscy, tak dobrze zapisani we wdzięcznej pamięci Krakowian: Aleksander Kremer i Adryan Baraniecki założyli Towarzystwo lekarzy podolskich, w którem młody i zdolny Rolle znalazł obszerne pole dla swej naukowej czynności i został wybrany sekretarzem dorocznym a następnie stałym, aż do rozwiązania Towarzystwa.

Zmarły nosił na sobie wszystkie wyższe cechy swojej epoki. Jeżli o ludziach pierwszej ćwierci bieżącego stulecia powiada się, że było w nich zawsze coś z poety i coś z żołnierza, to o wychowańcach Kijowskiego Uniwersytetu z czasów ś. p. Rollego z równą słusznością rzec można, że każdy z nich, obok swego zawodu, uprawiał jakąś gałęź literatury. Umysłowa działalność ś. p. Rollego rozpada się na dwa łamy: lekarski i literacki; do r. 1866. przemaga pierwszy a po tym okresie drugi. Prac lekarskich, ogłoszonych między r. 1856 a 1888: w *Tygodniku Lekarskim*, *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego*, *Przeglądzie Lekarskim*, *Klinice*,

Dwutygodniku Higieny publicznej, naliczyliśmy 51. Od roku 1866. coraz częściej pojawiają się rozprawy treści historycznej tak, że między r. 1870 a zgonem, naliczyliśmy ich 22, zebranych w kilkanaście tomów, stanowiących nieoceniony przyczynek do dziejów naszych a w szczególności Podola.

Prace lekarskie ś. p. Rollego tyczyły się głównie medycyny publicznej, bystrych i pouczających spostrzeżeń kazuistycznych, lub też popularyzowania nowych poglądów i odkryć w zakresie wiedzy lekarskiej. Lecz i tu pierwiastek historyczny zaznaczył się wcześnie, gdyż już w roku 1862. ogłosił w *Tygodniku Lekarskim* dwie rozprawy, zaczerpnięte z dziejów medycyny w Polsce: *Notatki do historyi chorób wenerycznych w Polsce, z krótkim poglądem na stan medycyny u nas za panowania Stanisława Augusta* i *Materyały do historyi prostytucyi i sądowej medycyny w Polsce w XVII. i XVIII. stuleciu.* W roku 1872. ogłosił w Dwutygodniku *Higieny publicznej* interesującą rozprawę: *Szpitale, służba zdrowia, choroby panujące nagminnie w dawnem województwie podolskiem od początku XV. wieku.*

Monografie historyczne Rollego, które podpisywał Dr. Antoni J., mają doniosłe znaczenie: tak jak niedawno zgasły mistrz krakowski, który na swych genialnych płótnach powołał do życia, do świadczenia szereg ludzi i epokowych wypadków z dawno minionej przeszłości, tak i nieodżałowany dziejopis Podola wskrzesił w swych pracach historycznych poczet postaci kresowych i tych rycerzy bez skazy i lęku i te pełne hartu i męztwa niewiasty, zaludnił nimi „podolskie zamki i zameczki", w których ten lud zbrojny wieki czatował i piersią swą zagradzał drogę napastniczej hordzie i pogaństwu.

Ze śmiercią Rollego zeszła do grobu postać także kresowa, lecz w pojęciu naszych czasów, bo walecznie całe życie broniąca prawdy historycznej i etnograficznej; z nim runął słup graniczny, niezbity świadek miedzy dziejowej.

Zmarły był kroniką żyjącą swego czasu, bo kogóż on nie znał i kto nie starał się jego poznać? Zżyty z obywatelstwem całego Podola, zaszczycony jego wszechstronnem zaufaniem, miał nieograniczony dostęp do archiwów rodowych i z tych raptularzy, dyplomów, nadań i t. d., których język jak rzadko kto znał, wytworzył nowe źródło do badań historycznych; na tej to drodze doszedł do cennych wyników, stwierdzających znaną zasadę dziedziczności w chorobach umysłowych, które ogłosił w *Przeglądzie Lekarskim.*

Postaci okazałej, budowy atletycznej, sił niespożytych, lecz tych pracą nadużywał: biegły, powszechnie ceniony lekarz, miał nader rozległą praktykę, której czas dzienny poświęcał, a gdy północ wybiła, zasiadał a właściwie stawał do pracy, bo zawsze stojąc pisał i dopiero kiedy inni wstawali, on układał się do spoczynku.

Śmierć Rollego, to strata nieobliczalna, nie dająca się mierzyć skalą żalu jednego człowieka lub jednego zawodu. Niech ta ziemia podolska, której dzieje opowiedział tak żywo i obrazowo, przytuli go do macierzyńskiego łona, niech społeczeństwo nasze, któremu wiernie i tak pożytecznie pół wieku służył, dochowa mu równie wiernej, wdzięcznej i niespożytej pamięci. *Dr. August Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 3. Lutego 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Panie Kolego Redaktorze!

Do obecnej chwili nie mamy żadnych szczegółów o mającym się odbyć Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie. Wobec tego, że wszystkie Zjazdy, jakie odbyć się mają w tym roku (Zjazd w Rzymie, Budapeszcie, Berlinie i inne) już od kilku miesięcy ogłosiły programy, dziwi mię mocno, że o naszym Zjeździe dotychczas nie mamy wiadomości ze Lwowa.

Proszę przyjąć wyrazy poważania *O. Bujwid.*

— Dr. Antoni Krokiewicz, lekarz powiatowy, pełniący swe urzędowanie w biurze sanitarnem Namiestnictwa, otrzymał od Wydziału krajowego nominacyę na prosektora szpitala powszechnego we Lwowie.

— Najwyższa Rada sanitarna austryacka oświadczyła na zapytanie w sprawie dopuszczenia kobiet do uniwersyteckich studyów medycznych i praktyki lekarskiej, że na razie nie ma potrzeby zasadniczego rozwiązywania tej kwestyi, w przypadkach jednak szczegółowych aż do chwili zupełnej reorganizacyi lekarskich studyów uniwersyteckich jaka się teraz odbywa, należy od kandydatek żądać tych samych warunków i egzaminów, jakich się żąda od mężczyzn.

— Podobnie, jak było na zjazdach poprzednich, będą i na tegorocznym zjeździe międzynarodowym lekarskim w Rzymie posiedzenia ogólne zajęte przez odczyty treści obchodzącej ogół lekarzy. Dotychczas przyjęli zaproszenie w tej mierze i mówić będą:

1) Nothnagel (z Wiednia): O stosowaniu się organizmu do zboczeń chorobowych.

2) Babès (z Bukaresztu): O zadaniu państwa ze względu na ostatnie rezultaty badania chorób zakaźnych.

3) Bizzozero (z Turynu): O wzroście i odradzaniu się ustroju.

4) Stokvis (z Amsterdamu): O stosunku kliniki do farmakoterapii i materyi lekarskiej.

5) Virchow (z Berlina): O Morgagnim i pojęciu anatomicznem.

6) Brouardel (z Paryża): O walce z epidemiami.

7) Laache (z Chrystianii): O przeroście samodzielnym serca.

8) Ramonny Cajal (z Madrytu): O morfologii komórek nerwowych.

9) Jacobi (z Nowego Jorku): *Non nocere.*

10) Danilewski (z Petersburga): O działaniu biologicznem fosforu w połączeniach organicznych.

— Ze zdania sprawy z instytutu Pasteurowskiego w Budapeszcie przedłożonego przez prof. Högyjesa węgierskiej akademii umiejętności dowiadujemy się, iż w 3-cim roku istnienia tego zakładu od 15. Kwietnia 1892. do 14. Kwietnia 1893. leczono w nim 647 osób. W 12 przypadkach, z których sześć było takich, z którymi zgłoszono się za bardzo późno, nie udało się zapobiedz wybuchowi wścieklizny. Odjąwszy owych 6 przypadków, pozostaje 641 osób leczonych, z których umarło sześć czyli 0·93%.

Śmiertelność w pierwszym roku istnienia zakładu wynosiła 1·16%, w drugim 0·56% czyli średnio w trzech pierwszych latach 0·91% na 1350 szczepionych.

Najwięcej przypadków wścieklizny trafiało się we właściwych miesiącach letnich: w Czerwcu, Lipcu i Sierpniu, najmniej w Listopadzie.

W trzech pierwszych latach istnienia zakładu Pasteurowskiego w Budapeszcie umarło na Węgrzech ze wścieklizny 103 osób, z których tylko 17 szczepiono.

— Przywieziony w roku zeszłym przez prof. Virchowa z okolic nadwołżańskich, głodem nawiedzonych, chleb przyrządzony z nasion komosy (*chenopoduin*), poleciło zbadać pruskie ministerstwo wojny w zakładzie agronomicznym w Halli. Pokazało się z tego, że ów chleb zawiera wprawdzie więcej azotu, niż chleb żytni i pszenny, że jednakowoż obawiać się należy po nim niekorzystnego wpływu na przewód pokarmowy z powodu za wielkiej ilości części nieorganicznych (popiołu) i celulozy, co zgadza się z doświadczeniami w tej mierze prof. Erismana w Moskwie, które wykazały, że w chlebie z komosy z białka jest tylko 52·62% strawnych. Do podobnych wypadków doszedł także Salmenew. Upada przeto nadzieja używania chleba z nasion komosy.

— Podczas ostatniej epidemii cholery w Petersburgu uważano powstanie miejscowego, bardzo groźnego ogniska w jednym zakładzie sierót. Ponieważ początek tej miejscowej epidemii przypada na początek także postu, przeto przypuszczają, iż nośnikiem choroby były w tym przypadku ryby pochodzące z wody zakażonej. Zostawałoby to w zgodzie z pojawieniem się w roku zeszłym cholery w Grimsby w Anglii gdzie takie wywodzono niektóre przynajmniej przypadki ze spożycia ryb pochodzących z wody zakażonej, bez dostatecznego jednak na to dowodu.

Redakcya otrzymała:

Dr. Jan Sędziak. Leczenie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa. Warszawa 1893. (Odbitka z *Przeglądu chirurgicznego*).

Dr. J. Grundzach: *Ueber die Asche des normalen Kothes. Beitrag zur Physiologie des Darmtractus.* (Odbitka z *Zeitschrift für klinische Medicin*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 7. Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: kol. Rościszewski: *Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy, przy równoczesnem stósowaniu kąpieli w solankach jodowo-bromowych*; kol. prof. Cybulski: *Spirytyzm i nauka.*

— We środę dnia 7. Lutego b. r. o godzinie 5-tej po południu odbędzie się w *Collegium novum* w sali Śniadeckich Zgromadzenie ogólne XVIII. wydawnictwa dzieł lekarskich, na które Szanownych członków i prenumeratorów uprzejmie zapraszam. Przewodniczący *prof. Dr. Korczyński.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 10. Lutego 1894 r. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Sainte Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Sainte Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. O najnowszych postępach w dziedzinie higieny.

Wykład wstępny miany w dniu 10. Listopada 1893 r.

przez

Odona Bujwida.

Postępy umiejętności lekarskich i pomocniczych, dokonane przeważnie w ciągu drugiej połowy naszego stulecia, wprowadziły nie tylko pewne, istotne reformy w dziedzinie lecznictwa, lecz przedewszystkiem zmieniły z gruntu nasze poglądy w wielu kwestyach tyczących się uzdrowotnienia stósunków życiowych i zapobiegania chorobom.

Higiena będąca dotąd zbiorem przepisów sanitarnych, przepisów, których podstawą były pewne, mniej lub więcej uzasadnione, empiryczne spostrzeżenia, w miarę wprowadzania ścisłych doświadczeń stawała się coraz bardziej nauką ścisłą, na okolicznościach dokładnie spostrzeganych opartą.

Nieliczne tylko wnioski czystej empiryi przetrwały bez naruszenia i pozostały dobytkiem nowej higieny. Do tych n. p. zaliczyć należy szczepienie ospy wprowadzone przez Jennera w zeszłem jeszcze stuleciu; natomiast teorye powstawania chorób uległy zupełnemu przeistoczeniu pod wpływem odkryć Pasteura, Kocha i wielu innych badaczy.

Obecnie przedstawia higiena gmach jeszcze nieskończony, ale już z wyraźnemi cechami skończonej całości. Doskonali się i uzupełnia nie jedno, podstawy jednak pozostaną.

Nie mogąc wchodzić odrazu w szczegółowe wyliczenie postępów tej gałęzi wiedzy, dla wyjaśnienia, czem się stała nowsza higiena dla ludzkości, przytoczę parę urywków z najbliższych dziejów. Pamiętacie Panowie wybuch zeszłorocznej epidemii cholery i jej skutki w Hamburgu. Nie wszyscy jednak pamiętają, jak się to stało, że epidemia w mieście tak zamożnem i, zdawało się, higienicznie urządzonem porobiła takie spustoszenia. Tymczasem jednak cholera, ta prawdziwa p o l i c y a p r z y r o d y, jak ją ktoś trafnie nazwał, wykazała braki tam, gdzie ich na pozór nie było.

Hamburg leży, jak wiadomo, nad Łabą czyli Elbą. Rzeka to o bardzo powolnym biegu, który niekiedy zatrzymuje się przez przypływy morskie. Natenczas woda a z nią razem i zanieczyszczenia kanałowe, spływające do rzeki, wracają z prądem ku górze i zdarza się często, że wodociągi Hamburskie, czerpiące wodę znacznie powyżej ścieków, otrzymują ją zanieczyszczoną odpadkami kanałowemi. Tuż przy Hamburgu w kierunku biegu rzeki leży miasto Altona, będące raczej przedmieściem Hamburga. Altona czerpie wodę już poniżej ścieków Hamburskich a więc zawsze zanieczyszczoną ściekami tego wielkiego miasta.

Hamburg stracił na cholerę około 6000, gdy tymczasem Altona około 300 osób; z tego znaczna część zachorowań była w wyraźnym związku z Hamburgiem.

Ani grunt ani stósunki zdrowotne obu tych miast nie różnią się tak dalece, ażeby taka różnica dała się wyjaśnić. Przeciwnie okoliczność najważniejsza, ubóstwo ludności, jest właściwością raczej Altony, gdyż mieszka tam ludność robotnicza.

Gdy badano bliżej stósunek zachorowań w Hamburgu i Altonie, pokazały się rzeczy istotnie pouczające. W jednem miejscu połowa ulicy zaczyna się w Hamburgu a kończy w Altonie. Część Hamburska obfituje w zachorowania, Altońska zostaje zupełnie zdrową. Innej ulicy prawa strona domów należy do Hamburga, lewa do Altony. W domach z prawej strony zachorowania na cholerę niezmiernie liczne, z lewej niema ich wcale.

Jedna, jedyna przyczyna wszystko nam wyjaśnia. Hamburg i Altona pobierają wodę z tej samej rzeki. Hamburg używa jej niefiltrowanej, Altona posiada filtry centralne, piaskowe, z których miasto otrzymuje wodę bardzo czystą.

Badanie bakteryologiczne wykazało w Hamburgu od kilku do kilkudziesięciu tysięcy bakteryj w 1 cm. sześć. Woda Altońska ma ich około 1—20 w równej ilości. Bliższe badanie nie wykazało z początku bakteryj cholery w wodzie

Hamburskiej. Ale też należy przyznać tu, że było wykonane przez ludzi zupełnie do tego nieprzygotowanych. Kontrolował wodę Hamburską ciągle, aż do czasu cholery, chemik, który nigdy nic szkodliwego w niej nie wykrył, bo też i wykryć nie mógł; metoda bowiem chemiczna nie pozwala nam nigdy wykryć bezpośredniej szkodliwości, lecz tylko produkty, wskazujące na możliwość obecności mniej lub więcej rozkładających fermentów.

Tutaj więc policya przyrody spełniła swą rolę. Wykazała ona brak filtrów, który uzupełniono w r. b. i epidemii nie było. Źle mówię, pojawiła się we Wrześniu, wówczas właśnie, gdy się filtry popsuły i woda częściowo przechodziła bez filtrowania. Czynność swą policyjną cholera posunęła dalej w Altonie, mianowicie już po wygaśnięciu epidemii w Hamburgu nagle podczas silnych mrozów pojawiło się kilkanaście przypadków. Badania wykryły, że wówczas właśnie powierzchnia filtrującej warstwy piasku przemarzła i popękała, skutkiem czego zaczęła przechodzić woda zanieczyszczona a zapomniałem dodać, że wkrótce przedtem na powierzchni filtrującej w Altonie wykryto bakterye cholery. I tutaj pokazała się wadliwość w urządzeniu filtrów Altońskich. Są one otwarte z góry i tym sposobem większe mrozy ścinają nieraz i psują powierzchnię piasku. Warszawa n. p. posiadająca filtry od góry sklepieniem zamknięte nie ma tej wady i dlatego otrzymuje wodę zawsze jednakową.

Mówiąc o filtrach piaskowych, wspomnieć również należy smutny przykład osady Nietleben, leżącej nad Salą. Jest to właściwie obszerny zakład dla obłąkanych, otrzymujący wodę z rzeki Sali. W zimie tego roku wybuchła tam miejscowa epidemia cholery. Zakład ten, na pozór dobrze urządzony, ma własne filtry piaskowe i osobnego do wody mechanika. Filtry te, jak wykazało badanie na miejscu, pozostawały całkowicie na opiece tegoż mechanika. Ciśnienie warstwy wody i grubość filtrującej warstwy piasku regulował ów p. mechanik dowolnie wedle własnego uznania. Gdy było potrzeba wody więcej lub gdy warstwa piasku prędzej się zanieczyszczała, zmniejszał poprostu grubość znaczną filtra bez względu na mogące nastąpić zanieczyszczenie wody. To też skutki odpowiedziały usiłowaniom. Pierwsza analiza bakteryologiczna, przez Pfuhla zrobiona, wykazała w wodzie zakładu w Nietleben 52.000 bakteryj w 1 cm. sześć., prócz tego dały się wyhodować i bakterye cholery.

Od tego czasu mądrzy po szkodzie radcy miasta Hamburga i Nietleben wprowadzili stałą kontrolę bakteryologiczną wody.

Inne miasta, jak n. p. Berlin oraz Warszawa, które zaprowadziły odrazu prawidłową kontrolę filtrów za pomocą bakteryologicznego badania, pomimo blizkiego sąsiedztwa a nawet chwilowego zagnieżdżenia się w nich epidemii pozostały wolne od zarazy. Współdziałały tutaj oczywiście i inne okoliczności, ale na pewno czystość wody uważać można za najważniejszą. Gdy w roku zeszłym epidemia cholery otoczyła Warszawę i zaczęła grasować na Powiślu, zkąd zwykle brały początek największe epidemie, wówczas wypowiedziałem zdanie, że Warszawa dzięki filtrom może być zupełnie wolną od epidemii cholery [1]), co też się w zupełności sprawdziło.

[1]) Gazeta Lekarska 1892. Nr. 40.

W najbliższej przyszłości postaram się przedstawić Panom zasady, jakie nam służą do oceny zdatności wody do picia. Teraz zaznaczam tylko, że, jak widać z powyższych okoliczności, posiadamy wskazówki pewne i ścisłe, gdy do niedawna jeszcze poprzestawaliśmy na empirycznej ocenie lub, co gorsza, wprowadziliśmy do praktyki niedość uzasadnione teorye, na ścisłych na pozór metodach oparte. Nie chcę tu bynajmniej zmniejszać doniosłości chemicznych metod; chcę tylko wyznaczyć im właściwe miejsce, na którem niezaprzeczone zasługi oddać mogą i oddają. Badanie artykułów spożywczych i domieszek trujących, badanie jakości powietrza i wody pod względem użytkowym, oto dziedzina badań prawie wyłącznie chemicznych. Poznajomimy się z niemi we właściwem miejscu a teraz kilka słów jeszcze o nowych postępach z dziedziny najnowszej.

Do roku 1880 znaliśmy tylko ochronne szczepienia ospy. I te wprawdzie liczyły wielu przeciwników, jak każda zresztą metoda, oparta więcej na empiryi, niż ścisłem doświadczeniu. Od tej jednak chwili rozpoczyna się nowa era doświadczeń. Pasteur wyhodował zarazek kurzej cholery i osłabiając go wykrył, iż może on służyć w tej postaci do szczepień ochronnych. Kolejno tego samego dokonał Pasteur względem róży świńskiej, gazowego wąglika (*Rauschbrand*) i wąglika (karbunkuł). Zarazki te zaszczepione ochronnie zwierzętom w sposób właściwy chronią je od następnego zachorowania. Liczne spostrzeżenia innych badaczy potwierdziły możność osłabienia bakteryj chorobotwórczych, pierwotnie zaprzeczaną przez Cohna, Kocha i wielu innych poważnych morfologów.

Odkrycie sposobu szczepienia leczniczo-ochronnego wścieklizny u człowieka i zwierząt postawiło nowe zupełnie zagadnienie terapeutyczne i wpłynęło w ten sposób na ściślejszy związek higieny z lecznictwem.

Odsetka śmiertelności przy pokąsaniach przez zwierzęta wściekłe z 5—10% zmniejszyła się przy zastósowaniu szczepień Pasteura do $^1/_2$ i $^1/_4$%.

Wszystkie te metody wsparły się na doświadczeniach wykonanych nad zachowaniem się względem różnych czynników wewnątrz zwierzęcego ustroju i po za nim. Poznano stopniowo czynniki osłabiające zarazki na zewnątrz oraz postarano się zbadać, jakie czynniki wywołują zniszczenie zarazka i odporność wewnątrz ustroju. Powstały przytem dwie teorye: jedna przypisująca pierwocinom tkankowym najważniejszy udział w nabywaniu odporności (teorya fagocytarna Mecznikowa) oraz inna, wspierająca się na działaniu pewnych chemicznych substancyj w krwi wytwarzanych a zabójczych dla zarazków (teorya chemiczna szkoły niemieckiej).

Rezultaty dalszych badań a po części i błędy wynikłe z praktycznego stósowania teoryi chemicznej dowiodły, że jej podstawy są mniej pewne, bardziej nietrwałe, że więc teorya fagocytarna ma po swojej stronie więcej słuszności.

Zastósowanie tuberkuliny było takim błędem w teoryi, który sprowadził przykre zawody dzięki niewłaściwemu i zbyt pośpiesznemu stósowaniu teoryi chemicznej działania zarazków w praktyce lekarskiej. Pokazało się, że substancye chemiczne wywierają mocne działanie ogólne i miejscowe, objawiające się w postaci mniej lub więcej gwałtownego, acz przejściowego zapalenia, gdy natomiast bakterye żywe sprowadzają w ustroju zmiany na zewnątrz prawie niedostrzegalne, ale w skutkach, w postaci odporności, długotrwałe.

I tuberkulina jednak została dla nauki jako jeden więcej krok postępu. Odrzucając pierwotnie jej przypisywane własności leczenia spraw gruźliczych daleko posuniętych pozostawić musimy na jej korzyść niezawodne działanie rozpoznawcze w początkowych okresach gruźlicy, które być może nawet, o ile dalsze doświadczenia dowodzą, stanie się poniekąd leczniczem dla pierwszych stadyów gruźliczych, niedostępnych jeszcze dla auskultacyi i perkussyi.

W każdym razie już teraz możemy uważać tuberkulinę za niezawodny środek rozpoznawczy tam mianowicie, gdzie chodzi nam o wytępienie gruźlicy wpośród krów dostarczających mleka. Środek ten pewny w tych razach pozwoli nam otrzymywać mleko bez zarazków gruźlicy, tak ciężkiej plagi ludzkości, która nam tyle ofiar zabiera.

Podobna ze składu do tuberkuliny malleina zastósowana do rozpoznawania nosacizny i niszczenia dotkniętych nią koni, pozwoli nam uniknąć obawy zarażenia człowieka tym tak zgubnym dla niego zarazkiem.

Wyjaławianie produktów spożywczych a mianowicie mleka, jako sposób zabezpieczenia tego produktu od rozmnażania się w nim bakteryj gnilnych, pozwala nam obecnie, bez obawy wywołania tak zgubnej biegunki dziecięcej, używać mleka, w ten sposób przygotowanego, do jak najobszerniejszego zastósowania w razie braku matczynego pokarmu. Nie zastąpi on go w zupełności, ale częściowo przynajmniej uzupełni i nie stanie się szkodliwą trucizną, która dotąd tyle ofiar w dzieciach zabierała.

A metody desinfekcyi i aseptyki czyż nie stanowią prawdziwego tryumfu nowych badań? Wszakże to dzięki im chirurgia takie porobiła postępy.

Nie czas Panowie! w tej chwili rozwodzić się po szczególe nad temi wszystkiemi ważnemi kwestyami. Zadaniem mojem będzie zaznajomić Was z temi zasadniczemi nabytkami nowszej wiedzy i to zaznajomić, o ile możności, praktycznie, z drobnowidzem, termostatem, wagami pod ręką. Praktyczne obeznanie się z temi metodami badania będzie punktem wyjścia do naszych wykładów higieny. Rzeczy książkowe i teoretyczne zostawimy na uboczu a raczej uwzględnimy je o tyle tylko, o ile nam będą one potrzebne do złożenia całości.

II. Kilka uwag o cholerze na tle epidemii w Kołomyi w roku 1893.

Podał

Dr. Władysław Piaskiewicz,

lekarz miejski w Kołomyi.

I. Powstanie i przebieg epidemii cholery w roku 1893. w Kołomyi.

Cholera, stwierdzona urzędownie u dziewięcioletniego Lechnika Jana dnia 17. Sierpnia 1893 r., przybrała zaraz w pierwszych dniach nagminny charakter i trwała do 1. Listopada z. r.

Nie da się na pewno wykazać, zkąd się wziął pierwszy jej przypadek; rodzice zmarłego opowiadają, że z 14. na 15. Sierpnia nocowała u nich obca, nieznana im ani z nazwiska ani z miejsca zamieszkania kobieta, przyszedłszy na odpust i zaprosiwszy się na nocleg; kobieta owa miała mieć w nocy wymioty. Rano zebrała się, wyszła do miasta i już więcej nie wróciła. Zaraz na drugi dzień t. j. 15. Sierpnia zachorował syn Lechników, wspomniany Jan a w kilkanaście godzin po nim córka Paulina.

Rodzice już od dłuższego czasu słysząc o cholerze, (która podówczas srożyła się w okolicy Mikuliczyna) i o zarządzeniach surowych przeciw tej chorobie, obawiali się uwiadomić władze sanitarne miejscowe o chorobie syna. Dopiero śmierć Jana po dwudniowej chorobie i równoczesna choroba drugiego dziecka w tym samym domu, wśród objawów podejrzanych, wzbudziły u mnie mocne podejrzenie co do istoty choroby; wykonana z powyższego powodu sekcya zwłok podejrzenie moje jeszcze bardziej uzasadniła a wyniki następowego badania bakteryologicznego usunęły wszelkie pod tym względem wątpliwości. Można zatem z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć, że cholerę do Kołomyi zaniosła owa osoba chora. Dnia 19. Sierpnia zachorowały już obydwie babki chorych dzieci, pielęgnujące wnuki w chorobie, oddzielnie jednak mieszkające, Rozalia Lechnikowa i Białoskórska Maryanna. Co do nich jest absolutna pewność, że przez zetknięcie się z choremi dziećmi nabawiły się same choroby. Droga ta rozszerzania się cholery, ogólnie jako niewątpliwa uważana, choć jest najczęstszą, jedyną nie jest z pewnością, bo i drogą wody, jak to później wykażę, cholera lubi się przenosić.

II. Statystyka.

Odtąd szerzyła się cholera do 1. Listopada 1893 roku z następującem nasileniem i śmiertelnością:

	zachorowało	wyzdrowiało	umarło
od 15. Sierpnia do 1. Września . .	29	9	20
od 1. Września do 15. Września .	25	15	10
od 15. Września do 1. Października	36	13	23
od 1. Paźdz. do 15. Października .	8	2	6
od 15. Października do 1. Listopada	12	5	7
od 1. Listopada do 15. Listopada ·	—	—	—

Z powyższej tablicy wynika, że choroba najliczniej wystąpiła w 5. i 6. tygodniu od swego pojawienia się a co do śmiertelności, to inne okresy nie miały na nią nadzwyczajnego wpływu.

Ze względu na wiek chorych, na ich płeć i co do $^0/_0$ śmiertelności w rozmaitych okresach wieku, epidemia obecna dostarcza nam następujących danych:

Wiek	zachorowało	mężczyzn	kobiet	wyzdrowiało	umarło	$^0/_0$ śmierci
w 1. roku życia	3	3	1	—	3	100
od 2 roku do 10 lat	22	11	11	6	16	72·5
od 10—20	12	5	7	9	3	25
od 20—30	20	8	12	10	10	50
od 30—40	30	15	15	13	17	56
od 40—50	15	8	7	6	9	60
od 50—60	4	2	2	—	4	100
od 60 i wyżej	7	3	4	—	4	100
Razem	110	52	58	44	66	60

Z powyższego zestawienia wypada, że ogólna śmiertelność dosięgła $60^0/_0$, że 1. rok życia i wiek zgrzybiały dał procent śmiertelności największy a ludzie od 10—30 lat

najłatwiej chorobę przebywali; najczęściej zaś nabawiali się cholery ludzie między 30—40. rokiem życia t. j. najczynniejsi w rodzinie. Płeć nie miała wpływu na częstość ani na śmiertelność w ogóle, bo gdy mężczyzn wszystkich 52 zachorowało, liczymy chorych kobiet 58 a na 34 przypadków śmierci u mężczyzn, przypada 32 śmierci u kobiet.

Podział całej liczby chorych 110 na wyznania wypada, iż zachorowało:

chrześcian . . 64
żydów . . . 46

Z tych w ogólności prawie wszyscy należeli do klasy ludzi ubogich a w szczególności około 80 należało do rodzin wyrobników bez stałego miejsca pracy, reszta przeważnie do rodzin ubogich rzemieślników, między którymi znów szewcy i krawcy figurują najczęściej, mając prawdopodobnie największą sposobność do zarażenia się przy naprawianiu starych, zakażonych rzeczy. Zachorowało również 3 posługaczy, używanych przez komitet ratunkowy żydowski do nacierania chorych, nie przestrzegających niezawodnie zasad desinfekcyi, gdy z całego personalu szpitalnego nikt nie nabawił się cholery. Tyle uwag nastręczyła mi statystyka.

III. Środki używane do zwalczenia epidemii.

1) Ponieważ przed pojawieniem się pierwszego przypadku cholery, od kilku tygodni grasowała ona — jak już nadmieniłem — w miejscowościach górskich Delatyna, Mikuliczyna i Körösmezö między robotnikami zatrudnionymi przy budowie nowej kolei ze Stanisławowa do Woronianki, którym droga często przez Kołomyję wypadała a robotnicy ci w popłochu zaczęli uciekać, zwrócono przedewszystkiem uwagę na tych podejrzanych gości. Straż policyjna, wzmocniona później żandarmeryą, ustawiona przy rogatce, czuwała nad tem, by tak podróżnych przejeżdżających przez miasto, jak i ich podejrzane rzeczy poddawać desinfekcyi. Desinfekcya ta polegała na zlewaniu podejrzanych przedmiotów rozczynem 5% kwasu karbolowego, jakoteż na obmyciu nim rąk i obuwia a to w tym celu, by podróżny wstępując w mieście do gospód, posilając się i stykając z ludźmi, nie zaniósł ze sobą zarazka. Ci zaś przybysze, którzy przez dłuższy czas w mieście się zatrzymywali, jakoteż stali mieszkańcy Kołomyi, powracający z okolic zakażonych, poddawali się pięciodniowej obserwacyi lekarskiej. Środek ten okazał się jednak tylko częściowo skutecznym, gdyż pewna część podróżnych, unikając desinfekcyi i obserwacyi, zamiast główną drogą, gdzie straż stała, bocznemi uliczkami przekradała się do miasta i cztery razy w ciągu epidemii z tego powodu powstały nowe ogniska zakaźne. O wiele skuteczniej zapobiedzby można rozwleczeniu cholery, gdyby z miejscowości zakażonej nie wolno było wydalać się bez odbycia przepisanej 5-dniowej obserwacyi i desinfekcyi.

2) Desinfekcya i odosobnienie domów i osób zakażonych. W razie pojawienia się cholery w jakimś domu, mieszkańców jego natychmiast izolowano przez czas od początku choroby aż do jej ukończenia i jeszcze przez 5 następnych dni po odkażeniu domu, sprzętów, odzieży i wszystkich mieszkańców. Podczas izolacyi żywiono mieszkańców na koszt rządu, jak też również i koszta desinfekcyi zakażonych domów pokrywano z funduszów rządowych. Wydatki zaś na izolacyą i inne ponosiła gmina; chorych wszystkich leczono na koszt gminy bezpłatnie.

W każdym przypadku pouczono izolowanych mieszkańców o sposobach chronienia się przed chorobą i w tym celu polecano obmywanie przed każdem jedzeniem rąk pięcioprocentowym rozczynem karbolu i żywienie się wyłącznie świeżo ugotowanemi potrawami. Wody karbolowej, jak również wody do picia, dostarczała gmina obficie. Równocześnie z izolowaniem odbywała się pierwsza doraźna desinfekcya przedmiotów i miejsc podejrzanych; w tym celu polewano treść wychodków, gnoje, kałuże obficie świeżo przygotowanem mlekiem wapiennem, które także wlewano codziennie do świeżo wykopanych dwóch dołków, przeznaczonych jeden na odchody dla zdrowych osób, drugi na zlewki wydzielin chorych. Zostawiono też w każdym domu kilka litrów 5% wody karbolowej w cebrzykach, do których każdy kawałek zanieczyszczonej bielizny i pościeli chorego polecono natychmiast wrzucać przed praniem polegającem na wygotowaniu. Jeżeli było podejrzenie, iż studnię zanieczyszczono przez zanurzenie konewki z domu zakażonego, wrzucano do niej wapno a następnie po kilku dniach, po wyczyszczeniu całkowitem studni, otwierano ją do użytku.

Po ukończeniu się pomyślnem lub niepomyślnem choroby, przystępywano do jak najdokładniejszej desinfekcyi ostatecznej wszystkiego, co się w domu znalazło a mianowicie: ścian, podłóg, wychodków, podwórza i pośledniejszych sprzętów domowych za pomocą wszechstronnego pomazania świeżem mlekiem wapiennem, sukien, pościeli, bielizny i t. p. za pomocą wyparzenia w aparacie kalorycznym w ciepłocie 100° C., wreszcie obmyciem całego ciała osób izolowanych 5% rozczynem karbolu i przebraniem ich w miejscu już oczyszczonem w świeżo wyparzone w aparacie odzienie. Dopiero po takiej desinfekcyi, jeżeli przez 5 dni następnych nie zaszedł między mieszkańcami nowy przypadek podejrzany, uwalniano ich od izolacyi.

Ponieważ dwa razy po zniesieniu izolacyi pięciodniowej pojawiły się nowe przypadki cholery między współmieszkańcami, okazuje się izolacya 5-dniowa niedostateczną i powinna być, co najmniej przez 6 dni utrzymywaną.

Chorzy mają tutaj zwyczaj używania wody sodowej i w każdym domu pocholerycznym napotykano po kilka syfonów. Ponieważ mam podejrzenie uzasadnione, że w dwu przypadkach woda sodowa stała się u nas nośnikiem cholery, zwracać należy bardzo baczną uwagę na to, by przed ostateczną desinfekcyą flaszek z wody sodowej z domów zakażonych nie zwracano a następnie jak najtroskliwiej je desinfekcyonowano, tem bardziej, że one właśnie, dostawszy się z powrotem do fabryki, ztamtąd mogą roznosić zarazę.

Ważną jest także rzeczą zbadać wszechstronnie każdy przypadek a mianowicie, gdzie chory w ostatnich czasach przed zachorowaniem przebywał, z kim się stykał, z czem miał do czynienia, bo tym sposobem nastręczyło się samo nie jedno skuteczne zarządzenie zapobiegawcze.

Desinfekcya i izolacya opisana, wskazana niezbędnie, stosownie do naszych obecnych pojęć o chorobach zakaźnych a szczegółowo o cholerze, jest nadzwyczaj niemiłą i dotkliwą dla ludności nieoświeconej. Ciemne masy ludu, zamieszkujące nie tylko wsie i małe miasteczka, ale i nasze większe miasta, widzą w zarządzeniach tych tylko szykanę i szkodę, nie rozumiejąc ich pożyteczności. Dodawszy do tego znaczny stopień śmiertelności u chorych przy najtroskliwszej nawet

opiece lekarskiej, potrafimy zrozumieć obok uwzględnienia nizkiego stopnia oświaty naszego ludu i jego przekonań fatalistycznych, niechęć i obawy przed zarządzeniami sanitarnemi, obawę tak wielką, iż rodzina chorego i wszyscy najżyczliwsi przyjaciele i sąsiedzi z dyskrecyą godną zaiste lepszej sprawy, w tajemnicy największej, jak długo można, utrzymują chorobę i dopiero czujność nadzwyczajna władz sanitarnych, policyi, żandarmeryi, jako tako jest w stanie zapobiedz dłuższemu zatajeniu choroby. O ileż łatwiejszą i skuteczniejszą byłaby ta walka z cholerą wśród pomyślniejszych pod tym względem okoliczności, o ileż przyjemniejszą dla lekarza, którego rodzina chorego nie z utęskieniem, nie z nadzieją, że on ją od nieszczęścia starać się będzie wybawić, lecz z nieufnością i obawą w progu swoim wita, co więcej, z przerażeniem i trwogą, że tenże dla zapobieżenia rozszerzeniu się cholery, chorego jest w stanie i ma prawo a może nawet i obowiązek otruć! Ileż to razy matka ukochane dziecię, żona swego męża, widząc, iż wszedłem do izby, zasłaniała sobą zaklinając mię ze łzami w oczach, bym się do chorego nie zbliżał, przepraszała, ale nalegała — i długich, ciepłych, poufałych słów dopiero potrzeba było, by ją przekonać, że przychodzę w zamiarze uczciwym i jak najlepszym. Bezgraniczna, politowania godna ciemnota! złej woli w tych ludziach z pewnością nie było! Było między nimi wielu takich, co 3. a nawet 4. klasę szkół ludowych i o zgrozo, nawet jeden, co ukończył 2. czy 3. klasę gimnazyalną; dla czegoż z tych szkół nie wynieśli najelementarniejszych wiadomości o zdrowiu człowieka? Jako lekarz poczuwam się do obowiązku zwrócić uwagę właściwych czynników na tę wielką lukę w naszem publicznem wychowaniu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1891. i 1892. skreślił Dr. B. Wicherkiewicz. Poznań 1893.

W obszernem tem sprawozdaniu zestawia autor daty statystyczne obu lat porównawczo. Pomijamy tutaj część administracyjną i ekonomiczną sprawozdania a poprzestajemy na główniejszych datach, dających nam wyobrażenie o ruchu chorych i ilości operacyj wykonanych we wspomnianej klinice. Klinika Dra W. ma 75 łóżek a liczba chorych stałych, w klinice leczonych wynosiła w 1891 roku 865, zaś 1892 roku 904. W klinice ruchomej leczyło się w 1891 roku chorych 3069; razem z poprzednimi 3934 a w 1892 roku chorych 3110, z poprzednimi 4014.

Z tej liczby część znaczna przypada na cierpienia spojówki, bo w 1891. roku 1397 (jaglicy 540) a w 1892. roku 1562 (jaglicy 646). Dalej

w 1891 r. leczono cierpień	rogówki	685,	w 1892 r. 702
„ „ „ „	tęczówki	80,	„ „ 72
„ „ „ „	twardówki	32,	„ „ 19
„ „ „ „	soczewki	245,	„ „ 261
„ „ „ „	nerwu wzr. i siatkówki	122,	„ „ 144
„ „ „ „	jaskry	44	„ „ 34

Wady refrakcyi dosięgły liczby 281 w 1891 r. a 304 w 1892 r. Z tego przypada na *myopia simplex* w 1891 r. 76, a w 1892 r. 114. *Myopia simplex* i *progressiva* razem, bez uwzględnienia niezborności oka, wynosiła 144 w 1891 r. a 177 w 1892 r. Z hipermetropią zgłosiło się 19 w 1891 r. a 27 w 1892 r. Reszta przypada na wszelkiego rodzaju niezborność i różnomiarowość.

Operacyj większych wykonano w 1891 r. 700, z czego samych operacyj soczewkowych 192. Na zaćmy schyłkowe przypada z tego 127. Takichże operacyj wykonano w 1892 r. 767, samych operacyj soczewkowych 214 a na zaćmy schyłkowe przypada liczba 119. W ogóle wykonano od 1877 r. operacyj zaćm schyłkowych 1248 a operacyj soczewki w ogóle 1664. Operacyj

tęczówkowych wykonano	w 1891 r. 123	a w 1892 r. 137
na powiekach „	„ „ 195	„ „ 231
na mięśniach ocz. „	„ „ 36	„ „ 33
wyłuszczono gałek ocznych	„ „ 19	„ „ 16

Nie wliczano do statystyki powyższej wcale operacyj drobniejszych na powiekach, jak operacyj gradowiny, jęczmyka, przyżegania galwanicznego ziarn jaglicowych i t. p. O wygniataniu ziarn jaglicowych nie ma wzmianki. Skończywszy statystykę nadmienia autor, że w 1892 roku zauważył częste zjawianie się chorób następowych oka po influenzie jak zapalenia spojówki, rogówki, jaskrę i porażenie akomodacyi. Wspomina także o jednym, ciekawym przypadku pęknięcia zupełnego ścian gałki (twardówki, naczyniówki i siatkówki). Mimo to, że pęknięcie przebiegało w okolicy ciałka rzęskowego i mogło grozić zapaleniem sympat. oka drugiego, nie wyłuszczono gałki, lecz zeszyto twardówkę kilkomi szwami jedwabnemi i ocalono choremu nietylko gałkę, ale i znaczną część wzroku ($V = {}^6/_{60}$ po operacyi). Po roku zapalenia sympat. nie było. Znaczną liczbę zaćm operowano bez irydektomii; mimoto wypadnięcie tęczówki należało do rzadkości. W przypadkach mięsnej łuszczki jaglicowej, wyskrobywano łuszczkę ostrą łyżeczką i zasypywano jodoformem. Rana po tej operacyi goiła się nader szybko a pozostałe zaćmienie rogówki było tak małe, że upośledzało tylko wzrok nieznacznie.

Chloroformu używano tylko do operacyj bolesnych i długo trwających, n. p. operacyj plastycznych.

U dzieci i osób drażliwych posługiwano się bromętylem, n. p. przy wyłuszczeniu lub wypatroszeniu gałki; jednakże cięcie spojówkowe i odcięcie mięśni robiono po znieczuleniu kokainą a dopiero do samego wyłuszczenia stósowano odurzenie brometylem. Narkoza jest zupełna, choć krótka. Zamartwicy ani podrażnienia nie zauważano albo dopiero po narkozie a nieprzyjemnym jest tylko ból głowy, czasem po narkozie występujący. *Dr. Brudzewski.*

Okulistyka.

A. Darier: **Leczenie i zapobieganie zakażeniu rany po operacyi zacmy.**

Wobec małej skuteczności dawniejszego leczenia zakażenia rany rogówkowej po operacyi zaćmy występuje autor z nowym środkiem: wstrzykiwaniami rozczynu wodnego sublimatu pod spojówkę gałkową. Opierając się na doświadczeniu własnem i innych autorów, przekonał się D., że sublimat w ten sposób stósowany jest najpewniejszym i najszybciej działającym lekiem i to nie tylko w zakażeniach pooperacyjnych, ale i innego pochodzenia. Poleca on rozczyn wodny 1:1000 a z tego rozczynu jednę lub kilka nawet do 5 podziałek gramowej strzykawki Pravaza. Wstrzykuje się na jakie 7 mm. od brzegu rogówki co dzień lub rzadziej, stósownie do reakcyi w miejscu wstrzyknięcia. Po wstrzyknięciu występuje obrzmienie spojówki gałkowej, które prędko mija bez zostawienia żadnych ważniejszych następstw dla oka. Ból jest nieznaczny albo prawie żaden, gdyż należy naprzód do worka spojówkowego zapuścić kokainę.

D. zaleca prócz tego wstrzykiwania takie jako środek zapobiegawczy, jeśli z powodu cierpienia spojówki albo woreczka łzowego jest obawa zakażenia rany operacyjnej. Autor widział zawsze w tych razach skutek znakomity.

W przypadkach ciężkich radzi D. obok dawnej terapii stósować swoję metodę. Dalej poleca on wstrzykiwania sublimatu w *ulcus serpiginosum incipiens*, *keratitis parenchym.* (w lekkich formach), w ostrych naciekach naczyniówki.

W dyskusyi oświadcza Dufour, że lepiej jest stosować roztwór słabszy 1 : 2000; oko lepiej go znosi, chorzy skarżą się mniej na ból a skutek jest ten sam. Następnie poleca wstrzykiwania sublimatu także w zapaleniach rogówki, które nie wrzodzieją. Sattler tłumaczy, że choć sublimat wydzielił się zaraz po wstrzyknięciu, mimo to rozpuszcza się wnet wobec temperatury ciała i nadmiaru NaCl, którą tkanki są przesiąkłe, i rozwija swoją działalność jako białkan rtęci. (*Bericht über die 23. Versammlung der ophthalmolog. Gesellschaft in Heidelberg 1893*).

Limburg: **Nowa operacya przeciw trichiasis.**

Operacya polega na użyciu spojówki powiekowej i pierwotnego brzegu powiekowego przy tworzeniu nowego. Cięcie skórne prowadzi się na 5 mm. powyżej i równolegle do brzegu powiekowego a następnie obnaża się przedni brzeg chrząstki, dalej tylny brzeg, co się przy pewnej ostrożności udaje bez naruszenia ciągłości spojówki. Teraz odcina się wązki pasek chrząstki z jej brzegu dolnego, mniej więcej na 2 mm. szeroki i odpreparowawszy skórę nad górną połową chrząstki. zeszywa się ranę skórną. Utworzy się na powiece górnej fałd skóry, który z początku szpeci, ale później się wygładza, gdyż ścięgno m. dźwigacza powieki nietylko przyczepia się do górnego brzegu chrząstki, ale wysyła włókna osobne między pęczki mięśnia okrężnego: jeśli u ludzi starych jest wielki nadmiar wiotkiej skóry, można wązki jej pasek wyciąć. Dla lepszego ustalenia brzegu powiekowego nowoutworzonego można go do dolnego brzegu reszty chrząstki przyszyć. Nie ma obawy, aby po odcięciu chrząstki wystąpiły później jakie komplikacye ze strony gruczołów Maiboma, gdyż te zwykle są w wysokich stopniach *trichiasis* lub *entropium* zwyrodniałe. Operacya ta skraca wysokość powieki; należy przeto przed operacyą przekonać się, czy powieki dobrze się domykają. (*Bericht über die 23. Versammlung der ophtalm. Gesellschaft 1893*).

Kniess: **Nowy sposób leczenia jaskry.**

Aby uniknąć wrośnięcia tęczówki w rankę zadaną gałce ocznej w celu wykonania irydektomii lub też zapobiedz wypadnięciu tęczówki, przecina K. jednem i tem samem cięciem i tęczówkę, ale nie wycina jej już później (sztuczna częściowa *iridodialysis*). Myśl tego postępowania podsunął mu przypadek, w którym mimo woli wobec trudnych okoliczności wykonał tenże zabieg; skutek leczniczy był bardzo dobry.

Cięcie prowadzi się nożem Graefego od góry po poprzedniem zapuszczeniu ezeryny. Jeśli cięcie jest obwodowe i tęczówka została dobrze przeciętą, to można cięcia w spojówce nie kończyć, ale ją zostawić jako mostek, ranę twardówkową pokrywający. Komunikacya powstała po tej operacyi między przednią a tylną komórką utrzymuje się i nadal, gdyż obwodowy kawałek tęczówki jest zbyt krótki, by się z dolną połową jej ranki miał na nowo zlepić. Operacya jest zarówno skuteczną tak w jaskrze pierwotnej jak i następowej i została przez autora nazwaną: *iridosclerotomia*. (*Bericht über die 23. Versammlung der ophthalm. Gesellschaft 1893*).

Müller: **Modyfikacya operacyi Panesa przeciw trichiasis powieki górnej.**

M. opisuje naprzód operacyę Panesa. Cięcie skórne prowadzi się równolegle do brzegu powiekowego na 3 mm. powyżej nasady rzęs aż do samej chrząstki. Poczem odpreparowywuje się skórę wraz z mięśniem okrężnym z jednej strony aż do cebulek rzęs, z drugiej strony w górę do powięzi chrząstko - oczodołowej. Chrząstkę odsłoniętą przecina się na wskróś cięciem biegnącem równolegle do cięcia skórnego na 3 mm. od brzegu dolnego powieki, poczem zakłada się 5 szwów o podwójnych igłach w następujący sposób: Igłę wbija się we *fascia tarsoorbitalis* i wykłuwa zaraz nieco niżej, poczem wchodzi się po pod dolny płat skórny i wykłuwa się ją poza rzęsami w płaszczyźnie brzegu powiekowego; tak samo prowadzi się drugą igłę nawleczoną na drugi koniec tejże nitki a potem wiąże się oba końce poza rzęsami. Po związaniu pozostanie *ectropium*. Szwy wyjmuje się trzeciego dnia.

Modyfikacya Müllera: Cięcie skórne biegnie nieco wyżej, bo mniej więcej naprzeciwko górnego brzegu chrząstki. Dalszy przebieg operacyi nie jest zmieniony, aż dopiero szwy zakłada M. inaczej. Szwy wykonywa również nitkami o podwójnych igłach. Igłę wbija on blisko linii przecięcia w górny kawałek chrząstki i wykłuwa w płaszczyźnie przekroju, potem wbija ją w dolny kawałek chrząstki od przodu ku tyłowi, przekłuwając ją na wylot i wiąże z odpowiednim końcem szwu tak samo przeprowadzonego. Szew ten ma mieć tę zaletę, że nie skraca tak dalece powieki, gdyż po najmocniejszem nawet związaniu dolny odcinek chrząstki nie posuwa się ku górze, jak w pierwotnej operacyi Panesa, lecz ustawia się tylko pod prostym kątem do górnego kawałka chrząstki i nigdy za wysoko pójść nie może. (*Klinische Monatsblätter. Październik 1893*). *Dr. Brudzewski.*

Choroby zakaźne.

Prof. Edwin Klebs: **Etyologiczne leczenie błonicy.**

Antytoksyczna teorya Behringa polega zdaniem autora na przypuszczeniu tożsamości immunizowania z leczeniem. Sposób też ten leczenia jest tylko symptomatyczny, gdyż wstrzyknięcie surowicy uwalnia ustrój od toksyn a tylko pośrednio niszczy prątki przez zwiększenie pewnej czynności komórek (fagocytoza); ztąd też dopiero po kilku a nawet kilkunastu dniach maleje gorączka a odpadają błony.

Etyologiczne leczenie Klebsa polega na stosowaniu miejscowem środka przeciwprątkowego, zwanego *antydyfteryną*. Wychodząc ze zasady, że w hodowlach prątków powstają produkta, które wstrzymują dalszy ich rozwój, stara się autor otrzymać tę autotoksynę, *antydyfterynę*, z pożywek glicerynowo-peptonowo-bulionowych 14 do 15 dniowych po oddzieleniu innych toksyn i samych prątków. Fabryka Merka wyrabia wedle polecenia autora ten produkt w poczwórnej (Nr. 1.) i podwójnej (Nr. 2.) koncentracyi. Sposób użycia jest następujący: Zapomocą tamponików z waty pędzluje się błony Nr. 1-szym dziennie po kilka razy. Na jeden taki zabieg używa się 1—3 cm. sz. tego płynu. W przypadkach tracheotomii w krapla się Nr. 2. w ilości $^1/_2$ cm. sz. do kaniuli i do krtani; w przypadkach zaś intubacyi wkrapla się zapomocą strzykawki stósownie zakrzywionej rozczyn ten wprost do tchawicy.

Autor używał środka tego w 13 przypadkach z bardzo dobrym skutkiem; obserwował już w 3 godziny po pomazaniu spadek ciepłoty i znaczną ulgę bólów gardła, błony zaś rozpuszczały się szybko i bez głębokiej utraty tkanin. (*Wiener medicinische Wochenschrift. Nr. 26. 1893.*)

A. Carini: **Nieopisany dotychczas objaw kiły dziedzicznej.**

Autor obserwował dziewięć przypadków dziedzicznej kiły u dzieci w wieku od 3 dni do 3 miesięcy, u których zaraz po urodzeniu się występowała czkawka poprzedzająca na 10 do 20 dni sapkę (*coryza*) i inne objawy choroby ogólnej, odziedziczonej, ustępujące dopiero po leczeniu swoistem. To też jakby pod rószczką czarodziejską ustępuje ten objaw, jeżeli się podaje matce jodek potasu a dziecku *liquor van Swieteni*. Objaw ten uważa autor za odruch patologiczny ośrodków nerwowych wywołany zmianą składu krwi dzieci kiłowych. (*Intern. klin. Rundschau Nr. 1. 3. 4. 1893.*)

Prof. Escherich. **Etyologia i patogeneza błonicy.**

Błonica jest chorobą wywołaną przez obecność prątka Löfflerowskiego i wytworzonych przezeń toksyn. Szczepienie hodowli świnkom morskim wywołuje śmierć po 2 do 4 dniach skutkiem wessania wytworzonych produktów w miejscu szczepienia. Roox i Versin wykazali te substancye trujące w hodowlach pozbawionych bakteryj za pomocą odpowiednich sączków. oddzielili je i otrzymali w formie zgęszczonej a na podstawie ich własności oznaczyli je jako dyastazę, Fränkel i Brieger jako toksalbuminę a Gamaleia jako nukleoalbuminę. Charakterystycznem dla prątka Löfflerow-

skiego jest to, że kultury można tak osłabić, że nie działają wcale na zwierzęta. Miarą żywotności kultur jest ta najmniejsza ilość 24 godzinnej hodowli bulionowej, która wystarcza, by zabić w 4 dniach świnkę morską, obliczona w stósunku do wagi ciała.

W przypadkach, w których zatrucie błonicze nie sprawiło śmierci zwierząt, pozostają one odpornemi przeciw temu jadowi, gdyż w surowicy krwi wedle badań Behringa znajduje się substancya niszcząca produkta trujące tegoż jadu: tworzenie się tych antytoksyn w śledzionie i narządach limfotwórczych zostaje w ścisłym związku z sprawą chorobową i jak Ehrlich wykazał, może być zwiększone w miarę wstrzyknienia świeżych kultur Löfflerowskich. Wstrzyknienie takiej surowicy ochrania zdrowe zwierzęta od błonicy na czas obecności tego płynu w ustroju, zwierzęta zaś chore na błonicę zabezpiecza od śmierci. Ta teorya Behringa naprowadza na myśl, że i w ludzkim ustroju równocześnie z objawami błonicy wytwarzają się antytoksyny jako samopomoc; to też przewodnią myślą Behringa jest, by jak najbardziej osłabić jad błoniczy a przez to otrzymywać jak najwięcej imunizowanych zwierząt. Frankel otrzymywał to przez ogrzanie hodowli bulionowych do 70^0, Behring przez wstrzyknięcie trójchlorku jodu. Doświadczenia tych autorów jakoteż i Aronsohna doprowadziły do tego, że obecnie jeden cm.^{3} surowicy krwi zwierzęcia imunizowanego wystarcza na 2 miliony gramów świnki morskiej, by uchronić ją od niebezpieczeństwa najmniejszej śmiertelnej dawki dyfterotoksyny.

W hodowlach błonicy znajduje się jeszcze drugi produkt trujący, zostający w związku z samą substancyą prątków i dający się otrzymać dopiero po ich obumarciu. To też Gamaleia twierdzi, że on powstaje z rozkładu prątków i nazywa go *poison modifié v. artificiel*. Proteiny te wstrzyknięte wywołują według Buchnera leukocytozę i gorączkę a według Schweighofera obrzmienie narządów limfatycznych i zwyrodnienie organów wewnętrznych.

Jad błoniczy znajduje się na błonach śluzowych człowieka, jak na pożywce, lecz przez krew i naczynia limfatyczne może dostać się do narządów wewnętrznych. Ponieważ błony te są wystawione na działanie powietrza, przeto i inne bakterye mogą dołączyć się do błonicy gardła, szczególnie *streptococcus* i *staphylococcus*.

Streptococcus pyogenes jest jednym z najgwałtowniejszych pasorzytów, który z chwilą zmniejszenia się ogólnej odporności wędruje wzdłuż naczyń limfatycznych do krwi, dając obraz *sepsis*, do narządów wewnętrznych, tworząc ogniska nekrobiotyczne, do płuc, gdzie wywołuje ogniska zapalne. Najcharakterystyczniejszemi zmianami błonicy gnilnej są: wysoka, zwalniająca gorączka, zajęcie *sensorii*, osłabienie czynności serca, obrzmienie migdałów jamy ust, pokrytych zgorzelinowemi błonami, obrzmienie gruczołów limfatycznych podszczękowych i tkanki kołogruczołowej pod formą nacieku twardego bocznych stron szyi. Z chwilą wystąpienia ogólnego zakażenia, prątki błonicze rozwijają się coraz słabiej i ustępują miejsca silniejszemu *streptococcus pyogenes*. Badania Siebera w pracowni prof. Nenckiego wykazały, że toksyny otrzymane z mieszanych hodowli obu rodzajów bakteryj są o wiele silniejsze, niż mięszanina czystych ich kultur.

O wiele mniej znane jest działanie *staphylococcus pyogenes albus*, napotykanego dość często w błonach tchawicy i gardła, bardzo rzadko zaś we krwi, jakoteż w narządach wewnętrznych. To jednak pewna, że prątek ten wpływa korzystnie na przebieg kliniczny błonicy.

Prócz tych rodzajów bakteryj wspomina autor jeszcze o dwóch innych, mających wielki wpływ na obraz chorobowy błonicy. Z tych jeden zbliżony do rodzaju Fränkla, Weichselbauma, napotykany w błonach grubych nieco połyskujących, drugi do *bacterium coli*, napotykany w głębokich owrzodzeniach błoniczych a nawet w narządach wewnętrznych i ogniskach zapalnych w płucach.

W patogenezie błonicy rozróżniamy trzy okresy:

I. Okres wylęgania się, trwający średnio od 2 do 7 dni, objawiający się zaczerwienieniem i nieznacznem obrzmieniem błony śluzowej. Okres ten zależy od usposobienia indywidualnego, od rodzaju epidemii i od wieku, gdyż wedle doświadczenia klinicznego od 5-go roku życia usposobienie zmniejsza się znacznie. Co do sposobu tworzenia się błon na powierzchniach błon śluzowych, są dwie zasadnicze teorye:

a) Heubner twierdzi, że na powierzchni błon śluzowych gardła zaczyna się tworzyć wypocina skutkiem obecności prątków błoniczych w powierzchownych warstwach przybłonka. W miarę zwiększania się wypociny błony grubieją. Zewnętrzna powierzchnia tych błon zasiana jest prawie licznemi bakteryami, szczególnie kokami; w samej zaś błonie znajduje się mnóstwo prątków Löfflerowskich w grudkach palisadowatych, wśród mas włóknika warstwowowato ułożonych, wielu częścią szklisto zwyrodniałych, częścią zachowanych przybłonków i ciałek ropnych. Warstwa błony, przylegająca wprost do błony śluzowej, nie zawiera prątków, lecz w przypadkach, gdzie obok prątków Löfflerowskich są koki łańcuszkowate, można widzieć, że te posuwają się głębiej do tkanek a szczególnie do przestworów limfatycznych.

b) Oertel twierdzi, że większa ilość błon pochodzi z ognisk nekrobiotycznych w błonie podśluzowej, posuwających się na powierzchnię błony śluzowej (błony drugorzędne).

II. Okres wysypki zaczyna się z chwilą powstawania błon. Według Klebsa powstanie błon poprzedza obecność prątka Löfflerowskiego na powierzchni błony śluzowej, który mając odpowiednie okoliczności, jak przybłonek cylindryczny i dostateczną ilość tlenu, posuwa się aż do pęcherzyków płucnych. Stopień objawów w tym okresie zależy:

1) od ilości bakteryj, względnie od wielkości zajętej błony śluzowej;

2) od stopnia żywotności bakteryj, względnie zdolności tworzenia toksyn;

3) od chłonienia w miejscu zajętej błony śluzowej;

4) od indywidualnej odporności przeciw toksynom.

III. W okresie ubywania znikają objawy w następującym porządku: najpierw ustaje gorączka, następnie działanie toksyn skutkiem tworzenia się w ustroju produktów antytoksycznych, co jest przyczyna wstrzymania dalszego tworzenia się błon, nie naruszając zdolności życiowych bakteryj na powierzchni błony śluzowej. Najpóźniej znikają naloty i zmieniają się w masę żółtawą, klejowatą. (*Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 47—50.*) *Dr. Komorowski.*

Zapiski terapeutyczne.

— *British Medical Association* zasięgnęła za pośrednictwem swej komisyi terapeutycznej zdania lekarzy praktycznych co do przypadków zatrucia antypiryną, antyfebryną i fenacetyną w praktyce prywatnej i otrzymała 220 opinij, na podstawie których można wydać następujące orzeczenie: najwięcej używa się z pomiędzy owych trzech środków antypiryny, która jest o wiele bezpieczniejszą od antyfebryny. Z pomiędzy wydających swe orzeczenie 73% nie miało w praktyce swej żadnego szkodliwego działania antypiryny a ci, którzy je mieli, odnoszą je do dawek zawielkich. Dawki nie przenoszące 0.60 grama nie były nigdy szkodliwe, gdy widziano niepomyślne skutki po zadaniu antyfebryny już w ilości od 0.20 do 0.60 grama. Fenacetyna różni się od antypiryny i antyfebryny między innemi i tem, że nadzwyczaj rzadko wywołuje przypady zatrucia. Jeżeli się chce iść drogą całkiem bezpieczną, nie należy ani dla antypiryny ani dla fenacetyny przekraczać dawki od 0·30 do 0·60 grama co 4 godziny, dla antyfebryny zaś dawki 0·15 grama również co 4 godziny.

— Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej odbytem w dniu 30. Stycznia b. r. zdał sprawę Lancereaux z pracy Caraviasa odnoszącej się do leczenia gruźlicy za pomocą substancyj, które wszedłszy do ustroju wytwarzają

kwas bursztynowy, jak mięso surowe, tłuszcze, dwujabłkan wapniowy, kwas będźwinowy *(acidum benzoicum)* i jego sole, pepsyna niezakwaszona, asparagina, marchew, jarzyny zielone i t. d.

Według autora leczenie to prowadziło do znacznego polepszenia się sprawy gruźliczej we wszystkich przypadkach bez zmian za bardzo rozległych.

Skuteczność kwasu bursztynowego tłómaczy sobie Caravias nie przez wpływ na materyę gruźliczą zawierającą mikroby, lecz przez działanie przeciwgnilne na sąsiedztwo i zapobieganie tym sposobem dalszemu postępowi zakażenia przez właściwe laseczniki.

(La semaine médicale 31. Stycznia. 1894).

— Na zasadzie wieloletniego doświadczenia w klinice chirurgicznej paryskiej zaleca P. Filleul kwas pikrynowy w powierzchownych oparzeniach. W tym celu przykłada się na części oparzone kompresy z tarlatanu, napojone po prostu wysyconym (około 0·5%) roczczynem kwasu pikrynowego, poprzednio należycie wyżęte i zostawia je na miejscu bez żadnego przykrycia, dopóki nie wyschną. Stósownie do potrzeby opatrzenie to zmienia się z początku co 3, później co 4, 5 lub 6 dni.

Prócz działania przeciwgnilnego i przyspieszającego zabliźnienie się kwas pikrynowy koi bóle, nie grozi żadnem niebezpieczeństwem zatrucia i nie drażni skóry a ma tę tylko niedogodność, iż stale zabarwia żółto miejsca, do których go przyłożono.

(La semaine médicale. 31. Stycznia 1894).

— Pauliet w Arcachon zaleca gorąco pomazywanie błon wrzekomych w błonicy co pół godziny na przemian wysyconym rozczynem papainy i płynem:

16) Rp. *Liquoris van Swieteni*
Glycerini
aa partes aequales.

aż do zupełnego ich zniknienia.

— W dnie (*arthritismus*) zaleca Brocq używanie przez 8 dni przed samem jedzeniem po pigułce składu:

17) Rp. *Chinini muriatici 2·00*
Exti colchici
Pulv. foll. digitalis
aa 0·20
Exti et pulv. radd. liquiritiae
aa q. s.
ut f. l. a. pill. viginti.

Po pauzie jednodniowej zażywać należy przez 15 dni przed każdem jedzeniem po 2 pigułki z przepisu:

18) Rp. *Lithii benzoici*
Exti gentianae
aa 2·00
Exti et pulv. radd. liquiritiae
aa q. s.
ut f. l. a. pill. viginti quinque.

Jeżeli ogólna konstytucya jest wybitnie dnawa a chory znosi dobrze przetwory jodowe, należy mu co dwa miesiące zadawać przez 8 do 15 dni dziennie po 1 do 3 gramów jodku sodu.

W każdym razie należy starać się o dyurezę i używać dyety mlecznej.

(*Bulletin géneral de Thérapeutique 30. Stycznia 1894*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 6. grudnia 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków 37.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes imieniem Komitetu proponuje na czynnych członków Towarzystwa: Drów prof. Odona Bujwida, Gustawa Malinowskiego i Stanisława Krzyształowicza. W głosowaniu przyjęto wszystkich.

III. Kol. Kryński oznajmia, iż ma się odbyć w Warszawie w niedługim już czasie obchód jubileuszowy prof. Brodowskiego; zapytuje się więc prezesa, czy Towarzystwo lek. krak. postanowiło w nim wziąć udział. Na wniosek kol. prezesa odesłano tę sprawę do Komitetu Towarzystwa.

IV. Kol. Browicz przedstawia przypadek promienicy płuca ze zwłok człowieka zmarłego w oddziale wewnętrznym szpitala św. Łazarza, ograniczonej tylko do jednego płuca (nigdzie zresztą ogniska promienicy nie było), połączonej z rozlanem ostrem zapaleniem ropnem, jakoteż preparaty mikroskopowe z niego.

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Obaliński na typowe wejrzenie preparatów mikroskopowych i że byłoby pożądanem mieć zawsze podobny obraz mikroskopowy, któryby mógł potwierdzić poprzednie rozpoznanie kliniczne.

Kol. Obaliński oznajmia następnie, iż w obecnym czasie bardzo często ma się do czynienia z promienicą, a przez to dochodzi się do takiej już wprawy w rozpoznawaniu, że nawet mikroskop staje się zbytecznym. W oddziale chirurgicznym szpitala ma kol. Obaliński najczęściej do czynienia z promienicą w okolicy szczęk lub brzucha, gdzie prawie że jest nieuleczalną, chyba że się wszystkie nory wykryje i dokładnie wyskrobie. Klinicznie rozpoznaje kol. O. promienicę po charakterystycznej i dziwnej formie nor, po ziarninie bez życia otaczającej te nory i po wydobywającej się treści podobnej nieco do śluzu, w której w świeżych tylko przypadkach znajdują się charakterystyczne owe kolbki.

Kol. Bujwid zwraca uwagę, by badając czy to promienicę, czy też inną jaką substancyę rozpatrywano najpierw preparaty niezabarwione a dopiero potem zabarwione. Co się zaś tyczy promienicy, to barwi się inaczej pochodząca z człowieka (i w ogóle bardzo trudno) a inaczej ze zwierzęcia.

Kol. Kryński oświadcza, że trudniej znaleść i wynaleść promienicę w tkance, niż w ropie.

Kol. Bujwid dodaje do powyższych słów swoich, że u człowieka bywają dwojakie kolbki: jedne duże, drugie zaś małe i wąskie i te właśnie odznaczają się małą trwałością co do utrzymania.

V. Kol. Mars przedstawia i okazuje »Atlas plastyczny operacyj ginekologicznych«, który powstał w ten sposób: Kol. Mars w swoich wykładach okazywał operacye i ćwiczył w nich uczniów najpierw na trupach; ponieważ jednak kol. prelegent nie zawsze miał pod ręką odpowiedni materyał, zaczął je demonstrować na bałwanach Winckla-Schultzego; sposób ten jednak zabierał tak wiele czasu, że na same ćwiczenia uczniów w operacyach nie wiele go już pozostawało. Dlatego kol. prelegent zaczął posługiwać się kolorowymi rysunkami operacyj na tablicy. I ten sposób nie zadowolnił kol. Marsa, albowiem wielu z uczniów nie rozumiejąc rysunku, nie mogło robić potem operacyj na bałwanie.

Mając ciągłe trudności do zwalczenia, postanowił sobie kol. Mars wynaleść inny sposób dogodniejszy demonstrowania operacyj; to też, kiedy zobaczył demonstracyę Borysowicza na VI. zjeździe lekarzy, również modele Kehrera, wpadł na myśl okazywania uczniom operacyj ginekologicznych również na modelach glinianych.

Próba udała się świetnie, uczniowie demonstracye pojmowali bardzo łatwo a przez to pamiętali je długo; kol. Mars zaś zyskiwał wiele na czasie, przez co mógł przedmiot cały objąć i ukończyć wśród kursu. W ten sposób powstało przeszło sto okazów, które odlane potem w gipsie stanowią atlas plastyczny operacyj ginekologicznych.

W końcu objaśniał kol. prelegent sposób modelowania, wykonywania na nich operacyj, jakoteż same modele.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie dnia 20. Grudnia 1893 r.

Prezes: kol. Łazarski. — Członków 45.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes wita i przedstawia kol. Dr. Jaroszyńskiego, który przybył jako gość na posiedzenie.

III. Kol. prezes poświęca słowa wspomnienia zmarłemu kol. Drowi Fr. Braunsteinowi, jednemu z najdawniejszych członków Towarzystwa lek. krak. i wzywa do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie. (Zgromadzeni powstają).

IV. Kol. prezes zwraca uwagę na ważnośc odbyć się mających niebawem wyborów urzędników Towarzystwa i wzywa przewodniczą-

cego w Komitecie przedwyborczym: kol. Pieniążka do przedstawienia propozycyi w tej mierze.

V. Kol. Pieniążek odczytał listę proponowanych kandydatów.

VI. W głosowaniu przyjęto większością głosów propozycyę Komitetu przedwyborczego i wybrano prezesem kol. Augusta Kwaśnickiego, wiceprezesem kol. Józefa Surzyckiego, sekretarzem stałym kol. Franciszka Sroczyńskiego, sekretarzem dorocznym kol. Leona Kryńskiego, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* kol. Domańskiego, członkami komisyi redakcyjnej koll. Alfreda Obalińskiego, Antoniego Marsa, Antoniego Gluzińskiego, Napoleona Cybulskiego. Delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. koll. Władysława Bylickiego i Hilarego Schramma.

VII. Stósownie do nowego statutu miejskiej komisyi sanitarnej krakowskiej nie wybrano do niej delegata Towarzystwa.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie administracyjne z dnia 3. Stycznia 1894 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. prezes odczytuje list kol. Bossowskiego z oświadczeniem, że nic nie wiedział o postawieniu swej kandydatury na wiceprezesa przez pewną część kolegów i że w danym razie nie byłby przyjął wyboru.

3) Kol. Surzycki omawiając ostatnie wybory oświadcza, że byłby już na posiedzeniu Komitetu przedwyborczego kandydatury wiceprezesa nie przyjął, gdyby wiedział, że ma się współubiegać o tę godność z kol. Bossowskim.

4) Kol. prezes dziękuje za poparcie, jakiego od kolegów doznawał podczas swego urzędowania, wspomina o wielu pouczających wykładach oraz dyskusyach i sądzi, że r. 1893., jeżeli nie lepiej od innych lat, to przynajmniej na równi z innymi zapisał się w rocznikach Towarzystwa. Dalej poświęca słowa pamięci ciężkim i bolesnym stratom, jakie Towarzystwo poniosło przez śmierć kilku kolegów. W końcu wzywa właściwych kolegów do złożenia swych sprawozdań.

5) Sekretarz stały kol. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie doroczne z prac Towarzystwa, które i w tym roku swemu celowi w godny sposób zadość uczyniło tak pod względem naukowym, jak i obywatelskim.

6) Kol. Cybulski zdał sprawę z administracyi *Przeglądu Lekarskiego.*

7) Kol. Jakubowski zdał sprawę z czynności swych w Komisyi sanitarnej krakowskiej.

8) Kol. bibliotekarz Murdzieński odczytał sprawozdanie za rok ubiegły.

9) Kol. Mars zdał sprawę jako przewodniczący Komitetu budowy domu Towarzystwa.

10) Kol. Śliwiński imieniem Komisyi przemysłowo-lekarskiej odczytał sprawozdanie. Kol. Kwaśnicki interpeluje sprawozdawcę o wystawę lwowską. Kol. Śliwiński oznajmia, iż Komisya przemysłowo-lekarska weźmie udział w wystawie ze wszystkimi środkami poleconymi, przedewszystkiem zaś prześle roczniki *Przeglądu Lekarskiego.*

11) Kol. Domański zdaje sprawę z czynności Komisyi słownikowej. Kol. sprawozdawca zaproponował uzupełnienie Komisyi słownikowej, aby mogła szybko i pomyślnie sprawę ukończyć. Na wniosek kol. Gluzińskiego poruczono kol. Domańskiemu wygotować odpowiednie wnioski i przedstawić je na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa.

12) Kol. Trzebicky zdał sprawę z Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa i Hirscha.

13) Z powodu nieobecności kol. podskarbiego odłożono sprawozdanie kasowe do następnego posiedzenia.

14) Na wniosek kol. Gluzińskiego wyraziło Towarzystwo ustępującemu prezesowi, kol. Łazarskiemu przez aklamacyę uznanie za skuteczne i energiczne kierowanie sprawami Tow. w roku ubiegłym.

15) Kol. Łazarski w krótkiem przemówieniu oddał urzędowanie w ręce nowo wybranego prezesa kol. Kwaśnickiego.

16) Prezes kol. Kwaśnicki w dłuższem przemówieniu wypowiedział swoje poglądy, t. j. do czego będzie dążył i czego pragnął. Nadto wezwał zgromadzonych kolegów do skupienia się, jedności i wspólnej pracy na niwie lekarskiej. W końcu doniósł o ciężkim ciosie, jaki dotknął Towarzystwo lekarskie przez śmierć kol. Władysława Jabłonowskiego w Burgas i wezwał obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

V. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Wyjątkowy charakter, jakim cechuje się ogólna służba zdrowia w Turcyi, obowiązki, do których spełnienia są powołani tak zwani lekarze „kwarantan“ (kierujący posterunkami sanitarnymi, których głównem zadaniem jest czuwanie nad przybywającymi okrętami, podróżnymi i towarami, dla poddawania ich w odpowiednich przystaniach ostrożnościom przepisanym stósownie do okoliczności), od dawna już nie zbyt sympatycznie oceniała wyższa administracya państwowa. Jednakże znoszono rutynę służbową i pewną jej niezależność, traktując tylko z uporną obojętnością usiłowania urzędników sanitarnych. Gdy atoli coraz częściej powtarzające się wybuchy chorób zakaźnych potwierdziły, że zasoby, jakimi rozporządza najwyższa rada zdrowia, są już to niedostateczne, lub nawet ich nie ma, mianowicie w odleglejszych prowincyach, wtedy to ministerya spraw wewnętrznych i wojny powołano do wprowadzenia a właściwie wciśnienia się z własnym elementem lekarskim w dotychczasowy ustrój służby zdrowia. Podobny projekt, mający na celu pracę ku polepszeniu ogólnych stósunków higienicznych w kraju, wszedł w życie rzeczywiście. O rezultatach tylko, jakie przyniesie, przyszłość zadecyduje! Na teraz to tylko pewna, że zamiast dawnych komisyj i podkomisyj-powoływanych do czynu w każdej groźniejszej okoliczności, od przeszłego roku mamy tu tak zwany urząd inspektora higieny, zupełnie niezależny od innych dykasteryj biurokratycznych, bo otrzymujący rozkazy bezpośrednio z gabinetu Sułtana i tam przesyłający swe sprawozdania w kwestyach tyczących się tak ogólnej higieny, jak i wyboru środków ku zabezpieczeniu mieszkańców od zetknięcia się z plagami zakaźnemi. Na przewodniczącego pracom tego urzędu powołano dotychczasowego chemika sułtańskiego, uczonego i sympatycznego Bąkowskiego baszę, człowieka energicznego, niezwykle czynnego i zdolnego odpowiedzieć powierzonemu sobie zadaniu. Z tytułem jeneralnego inspektora higieny nowy ten dygnitarz dał już dowody, że dzielnie pojmuje wysokie swe społeczne zadanie i przekonał, że zjednoczenie w jednym ręku tak licznych gałęzi ogólnej higieny daje, przynajmniej w Turcyi, daleko praktyczniejsze rezultaty, aniżeli dotychczasowe działanie zarządów i lekarzy miejskich, zbyt obciążonych innemi czynnościami, by mogli pilnie czuwać nad zastósowaniem się ludności do elementarnych choćby wskazówek higieny. W pełnej harmonii z najwyższą radą zdrowia i w chlubnem zadaniu gorliwego bronienia ludności od grożących jej plag, obie inspekcye, tak sanitarna jak i higieniczna, rozwinęły pełną energię, by przez wprowadzenie i zastósowanie wskazanych nauką środków ostrożności, choćby do pewnego stopnia polepszyć bardzo tu chwiejne stósunki zdrowotne. Mając więc na swe rozporządzenie lekarzy miejskich, komisarzy cyrkułowych i odpowiednią ilość ajentów Bąkowski-basza, sam a nawet i w towarzystwie popularnego tu Ryfaad-baszy, ministra spraw wewnętrznych, przebiegają części miasta, zapoznają się z panującymi w nich nieładami, poddając chemicznemu rozbiorowi produkta żywności, napoje, towary zwane kolonialnemi i gdzie znajdą coś szkodliwego dla zdrowia

(a znajdują prawie zawsze), dają polecenie usunięcia złego, czuwają nad wykonaniem rozkazów i bez względu poddają karze każdego z opieszałych. Prócz tego lekarze miejscy są obowiązani zwiedzać rano i wieczór powierzone sobie okręgi i bez zwłoki składać raporta o każdym nieporządku. Rzeźnikom zabroniono przedmioty handlu wystawiać poza magazyny. Nie pominięto też i balwierzy, którym nakazano, by narzędzia swej profesyi przed użyciem przeprowadzali przez płomień lampy a szczotki i grzebienie oczyszczali płynem przeciwgnilnym. Postępy więc higieniczne widzimy na każdym kroku. Wątpię jednak, ażeby podobna czynność mogła się podobać pewnym tutejszym sferom i ażeby potrwała długo. Bo Grek, fałszujący wszystkie produkta i Ormianin, ze wszelkiego rodzaju odpadków wyrabiający masło do użytku stojących pod bronią dzielnych wojaków, nie poddadzą się tak łatwo nowym porządkom higienicznym. Jednakże praca na tym polu tak wdzięcznem i tak ważnem dla ogólnego dobrobytu trwa i raźno postępuje naprzód, dając prawie codziennie dowody ulepszeń, wprowadzanych w ogólne czynności zarządu służby zdrowia. Do okoliczności zaś to potwierdzających należy przedewszystkiem zaopatrzenie głównych posterunków sanitarnych w przyrządy do desinfekcyi parą. Przykład ten naśladują już większe miasta, jak Salonika, Smirna, Beyrut i Trebizonda ustawiając przyrządy systemu Genesta i Herszela, na razie w celu odwietrzania starej odzieży i innych łachmanów i gratów, przed wystawieniem ich na publiczną sprzedaż w tak zwanych „bit bazarach“.

Okoliczność zaś niepochlebna dla koryfeuszów smirneńskich, że nie rozpoznali zarazy i bardzo delikatne i trudne zadanie komisyi osadzonej w zakładzie dla obłąkanych w Skutarach, obok mało czynnej pracowni bakteryologicznej, kierowanej przez profesora patologii wewnętrznej, były przyczyną, że na rozkaz Sułtana wydział lekarski w Carogrodzie zwrócił się do profesora Pasteura z prośbą wskazania środków ostrożności sanitarnych w sytuacyi zdrowotnej tak groźnej, jak dzisiejsza. Uczony badacz odpowiedział natychmiast, że wysyła do Carogrodu swego ucznia dra Chantemesse, który też jako członek komisyi w głównym zarządzie miasta rozpoczął już swą pracę. Nie można wątpić, że podobne pośrednictwo francuzkiego specyalisty przyczyni się bardzo do uzupełnienia środków zapobiegawczych, a może i zdecyduje otwarcie tu osobnej pracowni bakteryologicznej. Niemniej ważną jest odezwa, wydana przez W. Wezyra, polecająca, ażeby w razie dostrzeżenia choroby zakaźnej, czy to między mieszkańcami czy też między wojskowymi przedsiębrano z urzędu i natychmiast poszukiwania lekarskie, w celu oznaczenia charakteru choroby i nie uważania jej w drodze zbytecznego optymizmu za nic nieznaczące powikłanie w czynnościach narządu trawienia. Polecono również, by nie ograniczano się jedynie na rozpoznaniu przez lekarzy, którzy nie mieli sposobności obserwowania prawdziwych epidemij cholerycznych i swą wiedzę opierają li tylko na teoryach naukowych. Zawezwano więc interesowane sfery, by w każdym przypadku zwracano się wyłącznie do doświadczonych praktyków. Z ostatniej tej instrukcyi widzimy, że już i kompetentne organa w stolicy skłaniają się do uznania podejrzanego stanu patologicznego w zakładzie dla obłąkanych w Skutarach, za kliniczną jednostkę chorobową, znaną już w swej przyrodzie i groźną następstwami, jakie zwykła sprowadzać. Do ostatniej chwili w Carogrodzie choroba występywała z cechą stosunkowo łagodną o tyle przynajmniej, że zaraza ograniczała się do zakładu w Skutarach. Bo jakkolwiek widziano rozsiane przypadki „podobne do cholery“ i po tej stronie Bosforu, mianowicie w części miasta Jeni-Szehyr, a nawet i na Perze, to jednak ograniczyły się one do rzadkich przykładów z pomyślnym dotąd przebiegiem. Oby też zaraza mogła się zatrzymać w tych granicach i dać się stłumić środkami wskazanemi przez naukę i doświadczenie! Gorliwość zaś i niezaprzeczone poświęcenie organów powołanych do jej zwalczania, uzbroiwszy nas w trwałą odporność, pozwalą może przekonać się, że reforma higieniczna, jakkolwiek wprowadzona nieco zapóźno, zdoła jeszcze zaznaczyć się pomyślnemi rezultatami. Wprawdzie przykłady z innych miejscowości zmuszają do uwierzenia w konieczność utrzymania się ognisk zakaźnych i w nadbosforskiej stolicy. Gdy jednak wytrwale czuwać się będzie nad racyonalnem polepszeniem stósunków zdrowotnych, wtedy choć się i nie uniknie ponownych wybuchów, to jednak da się opanować i złagodzić ich epidemiczny charakter.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8. Lutego 1894 r.

— Dochodzi nas ze Lwowa wiadomość, że ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się tamże tak, jak zapowiedziano, od 18. do 21. Lipca b. r. i według programu ogłoszonego w Nrze 27. *Przeglądu Lekarskiego* z roku zeszłego.

— W dniu 7. Lutego odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia i załatwienia spraw administracyjnych, miał Dr. Rościszewski zapowiedziany wykład: *O wpływie kąpieli w solankach jodowo-bromowych na przebieg gruźlicy kości i stawów.* Dyskusyę nad odczytem tym odłożono do następnego posiedzenia, poczem prof. Cybulski wypowiedział rzecz o *Spirytyzmie i nauce.* Jasno, treściwie i z przekonywującą siłą wyłożył mówca gienezę i treść tych modnych pseudonaukowych badań, za co licznie zebrani koledzy przeciągłym oklaskiem wyrazili mu szczere uznanie.

— W tych dniach delegaci Towarzystwa lekarskiego warszawskiego: prezes prof. Dr. Baranowski, wiceprezes Dr. Sokołowski i sekretarz stały, dziekan prof. Brodowski wręczyli dyplom członka honorowego Drowi Leonowi Konitzowi, przyznany mu z powodu 50-letniej czynności na polu lekarskiem. Szanowny Jubilat urodził się w Warszawie w r. 1822, studya lekarskie odbył w Berlinie od r. 1836 do 1843 i tam otrzymał stopień doktora medycyny, poczem powróciwszy do Warszawy rozpoczął praktykę lekarską przerywaną tylko wyjazdami za granicę w celach naukowych. Dr. Konitz ogłosił szereg artykułów z dziedziny ginekologii.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Z powodu, że większa część pp. prelegentów z ostatniego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie, mimo doręczenia Im we właściwym czasie odpisów stenogramu, dotąd odczytów swoich nie nadesłała, druk *Pamiętnika* ostatniego Zjazdu, lubo rozpoczęty, w dalszym ciągu został przerwany.

Prof. Dr. Rydygier przewodniczący Zjazdu. *Doc. Dr. Bossowski* sekretarz Zjazdu.

— Miesięcznik *le Formulaire* umieszcza w zeszycie styczniowym b. r. wyciąg z pracy Dra Bronisława Olszewskiego (z oddziału prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie), o użyciu wyciągu *hydrastis canadensis* przeciw potom u suchotników, w tygodniku zaś *la Semaine médicale* znajduje się obszerne streszczenie artykułu kol. Władysława Biegańskiego w Częstochowie o leukocytozie w zapaleniu płuc. Obydwie te prace ukazały się najpierw w *Przeglądzie Lekarskim.*

— Prof. Bacelli w Rzymie mimo swej nominacyi na włoskiego ministra oświaty zatrzymał przewodnictwo w Komitecie gospodarczym Zjazdu międzynarodowego lekarskiego w Rzymie odbyć się mającego

do kosztów urządzenia którego postanowiło przyczynić się ministerstwo włoskie kwotą 30.000 lirów.

— Ze względu na traktujące się obecnie zamiary reformy lekarskich studyów i egzaminów we Francyi, zapytało się ministerstwo oświaty wydziału lekarskiego w Paryżu o zdanie co do potrzeby znajomości języków klasycznych u przyszłych lekarzy. Komisya osobna, złożona z pięciu profesorów wydziału i rektora uniwersytetu, zastanowiła się dojrzale nad zadanemi sobie pytaniami i oświadczyła się za zatrzymaniem języków klasycznych, greckiego i łacińskiego, w nauce przygotowawczej dla kandydatów stanu lekarskiego wychodząc ze stanowiska, że lekarz przez całe życie potrzebuje w swej terminologii zawodowej owych języków, bez znajomości których mógłby jej używać tylko mechanicznie, co nie zgadzałoby się z jego stanowiskiem naukowem. Zarazem oświadczyła się komisya za potrzebą znajomości jednego z języków żyjących, mianowicie niemieckiego u lekarzy.

— Tegoroczny kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się ze względu na międzynarodowy kongres lekarski od 18. do 21. Kwietnia w Berlinie pod przewodnictwem profesora Esmarcha. Posiedzenia odbywać się będą rano od 10. do 1. a po południu od 2. do 4. w wielkiej sali wykładowej domu Langenbeckowskiego. Z wykładami i demonstracyami zgłaszać się należy jak najrychlej do stałego sekretarza kongresu, prof. Dra Gurlta w Berlinie (W. Keithstrasse 6). W celu wywołania ogólnej dyskusyi mówić będą w pierwszym dniu posiedzeń Bruns z Tybingi: o skutkach leczenia konserwatywnego zapalenia gruźliczego stawu biodrowggo, w drugim dniu Küster z Marburga: o wczesnej operacyi zapalenia szpiku kostnego, w trzecim dniu Bardeleben z Berlina: o wczesnem poruszaniu złamanych kończyn ze szczególnym względem na kończynę dolną.

— Niemieckie towarzystwo higieniczne odbędzie swe walne zebranie tegoroczne w Magdeburgu od 19. do 22. Września. Na porządku dziennym: 1) Środki ochronne przeciw cholerze. 2) Ocenienie higieniczne wody do picia i użytku domowego. 3) Sprawa usuwania śmieci i innych odpadków miejskich przez spalenie. 4) O urządzaniu wychodków i zlewów po domach. 5) O użyciu gazu do opalania ze stanowiska higienicznego.

— Udział w konferencyi sanitarnej, która zaczęła swe obrady w dniu 7. Lutego b. r. w ministerstwie spraw zagranicznych w Paryżu, biorą udział następnjące państwa i wyznaczyły na nią swoich delegatów: Francya, Niemcy, Austro-Węgry, Stany Zjednoczone Ameryki północnej, Grecya, Włochy, Portugalia, Szwecya z Norwegią, Turcya, Persya i Egipt. Belgia, Rosya, Dania, Hiszpania i Niderlandy, nie podały jeszcze urzędownie nazwisk swych delegatów.

— W roku 1892. nawiedziła cholera w Belgii 126 gmin, zachorowało na nią 1861 a umarło 953 osób czyli 51%. W roku zaś 1893. zachorowało w 97 gminach 615 a umarło 372 osób czyli 60%.

— **Wiadomości uniwersyteckie:** Berlin. Docent prywatny Dr. Pfeiffer mianowany profesorem. Wiedeń. Docent prywatny Dr. Józef Schaffer mianowany profesorem nadzwyczajnym histologii. Inspruk. Dr. Ludwik Kerschner, docent prywatny akademii technicznej i prosektor szpitala krajowego w Bernie na Morawie, mianowany profesorem nadzwyczajnym histologii i embryologii. Genewa. Profesor fizyologii, Dr. Maurycy Schiff obchodził 24. Stycznia b. r. 50-letni jubilensz otrzymania stopnia doktorskiego. Rzym. Profesor Luciani z Florencyi mianowany następcą zmarłego Moleschotta na katedrze fizyologii. Na miejsce jego przychodzi Dr. Fano z Genui. Belfast. Dr. Johnson Tymington w Edymburgu mianowany profesorem anatomii w *Queces College.*

— **Nekrologia.** Zmarli: w dniu 5. b. m. w Abbazyi słynny chirurg i autor bardzo wielu cennych dzieł i rozpraw, profesor uniwersytetu wiedeńskiego Dr. Teodor Billroth w 65 roku życia. — W Budapeszcie profesor anatomii patologicznej i znakomity nauczyciel Dr. Gustaw Scheuthauer przeżywszy 62 lat. — W Lugdunie Dr. Paweł Diday, znany ze swych prac z zakresu chorób wenerycznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 2114.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca Lutego b. r. 73—3—2

L. 863. pr.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI. klasy z systemizowanymi dla niej poborami, względnie opróżnić się mogącej posady granicznego oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem **do końca Lutego b. r.**

Kandydaci na powyższe posady mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. Dz. u. p. 37: metrykę urodzenia oraz dowód znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci będący w służbie rządowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 1. Lutego 1894.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 17. Lutego 1894 r. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45. z r. 1893).

Oddawna już wiemy o tem, iż wszelki ustrój zdolny jest do tworzenia podobnych i pokrewnych sobie ustrojów; wypowiedziane też przez L i n n e u s z a zdanie: *natura non fecit saltus*, potwierdza się codziennie w światach roślinnym i zwierzęcym. H a e c k e l[1]) powiada, iż odradzanie się czyli wytwarzanie potomstwa jest stałą i właściwą cechą każdego żyjącego organizmu, dzieci zaś podobne są zwykle do swoich rodziców. Pomijając nieliczne zboczenia i wyjątki, fizyczny ustrój potomstwa w przeważnej liczbie przypadków przedstawia niejako odbicie, odźwierciedlenie się rozmaitych cech i właściwości rodziców, z tą jednak różnicą, iż niektóre dzieci odziedziczają właściwości fizyczne po ojcu, inne zaś wykazują cechy fizyczne przypominające matkę; najczęściej jednak potomek odziedzicza od obojga rodziców właściwości ich wspólne, wtedy napotykamy u dziecka połączone w rodzaj amalgamatu fizyczne cechy ojca i matki. Odziedziczanie przez potomstwo cech fizycznych, właściwych rodzicom, jest następstwem połączenia się dwóch komórek pochodzących od ojca i matki (zapłodnienie jajka przez komórkę ojcowską); nic więc dziwnego, jeśli połączenie i zlanie się organiczne obojga różnopłciowych komórek prowadzi za sobą w następstwie wytworzenie się młodego organizmu, który przypominać będzie swój pierwowzór, t. j. właściwości fizyczne ojca i matki powinne odtwarzać się w nowym ustroju, albowiem komórka nasienna przynosi z sobą odrębne fizyczne cechy ojcu właściwe, komórka zaś żeńska, jajko, przekazuje dziedzicznie potomstwu właściwości ustroju matki. Przewaga odziedziczenia fizycznego bywa niekiedy po stronie jednego z rodziców; najczęściej jednak, jak to wyżej powiedzieliśmy, napotykamy w ustroju potomstwa zmięszane z sobą cechy fizyczne ustrojowe obojga rodziców.

Na drodze też odziedziczenia potomstwu od rodziców mogą przypaść w spadku pewne zboczenia i wady morfologiczne ustroju, jakoteż chorobowe zmiany tkanek; w ustroju więc dziecinnym wkrótce po urodzeniu mogą powstać zmiany i stany patologiczne, podobne do tych, którymi dotknięci byli podczas zapłodnienia rodzice. W ogólności przyjęto określać mianem d z i e d z i c z n y c h tylko takie stany chorobowe ustroju, które przenoszą się wraz z chorem nasieniem lub jajkiem przy zapłodnieniu (pewne wadliwe właściwości tkanek i organów, zołzy, krwotoczna dyateza, gościec, dna, kiła i t. p.); niektóre zaś choroby inną też drogą mogą się udzielać od rodziców potomstwu; mianowicie tyczy się to ostrych chorób zakaźnych (ospa i inne), które drogą łożyskowego obiegu krwi mogą się przenieść z matki na potomstwo. Co się zaś tyczy kiły, to jakkolwiek poglądy nasze w sprawie jej odziedziczenia z biegiem czasu cokolwiek wyjaśniły się, w kwestyi jednak oznaczenia udziału, jaki przypada obojgu rodzicom w przekazywaniu dziedzicznem kiły dzieciom, dotychczas nie osiągnięto zgodnego i jednomyślnego porozumienia się w szczegółach.

Wychodząc ze stanowiska czysto teoretycznego, należy sądzić, iż dzieci, dotknięte kiłą dziedziczną, z dwu źródeł mogą otrzymać przyrzut chorobowy: z jajkiem lub nasieniem, zawierającem przyrzut kiłowy w chwili zapłodnienia, lub już też po zapłodnieniu przyrzut kiłowy może dostać się ze krwi matki kiłowej wprost do obiegu krwi płodu przez krążenie w łożysku. Przeniesienie się kiły na płód z jajkiem zakażonem chorej poprzednio matki lub też przez zakażenie zdro-

[1]) Haeckel. Anthropogenie oder Entwicklungsgeschichte des Menschen. Leipzig 1874. pag. 158.

wego jajka nasieniem, do którego jest domięszanym przyrzut kiłowy, należy uważać za ścisłe odziedziczenie kiły; kiła zaś potomstwa, powstająca jako wynik zakażenia płodu przez krążenie łożyskowe od matki, nie powinna być nazywaną „dziedziczną", lecz właściwie „wrodzoną" (Kaposi)[1].

Do niedawna jednak wymienionych terminów używano rozmaicie i dowolnie: mianowicie dawniej najchętniej używano określenia kiła dziedziczna, w ostatnich zaś czasach pod wpływem nowego prądu bakteryologicznego zaczęto wystrzegać się terminu dziedziczny, natomiast częściej używano określenia kiła wrodzona; Krówczyński[2]) unika stanowczo wyrazu kiła dziedziczna i posługuje się w swoim podręczniku wyłącznie określeniem kiła wrodzona, co poniekąd nie jest zawsze słusznem.

Po wypowiedzeniu tych kilku krótkich uwag ogólnych, wypada nam przejść do szczegółowego rozpatrzenia przyczyn i sposobów powstawania kiły dziedzicznej i wrodzonej; na wstępie zaraz napotykamy cały szereg kwestyj, które nam trzeba po kolei wyjaśnić, rozpatrując się we właściwem piśmiennictwie; na początku zastanówmy się nad kwestyą udziału, jaki przypada obojgu rodzicom w przekazywaniu kiły swym dzieciom. Ogólnikowa ta kwestya składa się z kilku pomniejszych, które dają się ułożyć w szereg następnych pytań, na które postaramy się odpowiedzieć kolejno:

a) czy kiła dziedziczna może pochodzić jedynie od ojca bez udziału matki?

b) jaki udział przypada matce w sprawie przekazywania kiły potomstwu?

c) w jakim okresie i w jakich okolicznościach kiła rodziców udziela się potomstwu?

d) stan zdrowia matki, wydającej na świat dzieci kiłowe, z ojca kiłowego spłodzone? czy kiłowy płód może zarazić matkę?

e) przebieg i charakter kiły potomstwa w stósunku do stanu zdrowia rodziców?

1) Czy kiła dziedziczna może pochodzić jedynie od ojca, bez udziału matki?

Z dawniejszych syfilografów Paracelsus[3]) pierwszy oświadczył się za pochodzeniem kiły dziedzicznej potomstwa od ojca (*transit a patre ad filium*); prawie współcześnie spostrzegano już niejednokrotnie przypadki, w których matka, spłodziwszy dziecko kiłą dotknięte, pozostawała pomimo to zdrową i wolną od wszelkich objawów kiłowych; w wymienionych przypadkach więc wypadało pochodzenie kiły dziecka przypisać chorobie ojca. Spostrzeżenia w tej mierze podali Wiktor Trincavellius[4]) i Amatus Lusitanus[5]); Trincavellius opisał przypadek, tyczący się kiłowego prawnika w Padwie, który spłodził dziecię, dotknięte wkrótce po urodzeniu wrzodami swoistymi, aczkolwiek matka pozostała zdrową i nie okazywała żadnych oznak kiły; w podobnym też przypadku Lusitanusa dziecię spłodzone przez ojca dotkniętego kiłą udzieliło swej choroby piastunce.

[1]) M. Kaposi. Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart, 1891. pag. 367—368.

[2]) Z. Krówczyński. Syfilidologia. Kraków, 1883. str. 325. i następne.

[3]) Paracelsus. De causis et origine luis gallicae Lib. II. cap. XVI. pag. 184.

[4]) Behrend's Syphilidologie. N. R. 1862. III. 4. pag. 512.

[5]) l. c. p.; także Behrend's Syphilidologie. N. R. 1861. III. 2. pag. 167.

Astruc[1]), nie zaprzeczając bynajmniej możliwości przekazywania kiły przez matkę potomstwu, głównego winowajcę odziedziczonej przez dziecko kiły upatruje jednak w ojcu; powiada on, iż „kiłowy ojciec płodzi niekiedy dzieci dotknięte wrzodami i niewątpliwie kiłowe, chociażby matka była zdrową lub przynajmniej wolną od wszelkich objawów kiłowych"; dodaje nadto, iż wydaje się, jakoby jad kiłowy, zakażający zarodek, nie był w stanie wywołać właściwych zmian w ustroju matki[2]). Wymieniony autor zaznacza więc wyraźnie, że kiła może udzielać się potomstwu za pośrednictwem ojcowskiej komórki, względnie nasienia zakażonego kiłą.

Swediar[3]) dalej postępuje w oznaczonym kierunku, albowiem, wyznaczając ojcu wyłączny udział w sprawie przekazywania kiły potomstwu, zaprzecza stanowczo, iżby matka mogła wywierać jakikolwiek wpływ na płód w tym względzie. Przekazywanie dziedziczne potomstwu od ojca kiły tłómaczy on zakażeniem jajka przez nasienie, zawierające przyrzut kiłowy. Wszakże teoretyczne dowodzenia Swediara, wykluczające wszelki udział matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu, trudno uznać za przekonywające, ponieważ ograniczają się one na zaznaczeniu okoliczności, iż dzieci spłodzone z kiłowego ojca zapadają na kiłę nie zaraz po urodzeniu, lecz dopiero po upływie niejakiego czasu, co też zdaniem Swediara ma niby zaprzeczać wpływowi matki na chorobę dziecka (?). Oprócz jednak teoretycznych rozumowań, przytacza Swediar na poparcie swego zdania ciekawy przypadek, tyczący się pewnego dragona, który podczas zapłodnienia swej żony cierpiał na owrzodzenie kiłowe w przełyku; żona jego zawsze była zdrową i nie wykazywała żadnych zgoła objawów wenerycznych; pomimo to urodziła dziecko, które po upływie kilku tygodni dostało wrzodów kiłowych w przełyku (l. c. pag. 11). Poglądy Swediara znalazły wkrótce wielu zwolenników, z których wymienimy tu: Bertina[4]), Haasego[5]), Lallemanda[6]), Boehra[7]), Guérarda[8]), Bonordena[9]), Collesa[10]), Simona[11]), Cederschjölda[12]), Nevermanna[13]), Mayo[14]), Actona[15]), Baumesa[16]), Cazenavea[17]), Thierfeldera[18]), Maenickego[19]) i Polliego[20]).

[1]) Astruc. Traité des mal. vénériennes. IV. édit. 1764. II. p. 8.

[2]) »un père, qui a la vérole, engendre quelquefois des enfants veritable vérolés et couverts d'ulcères, quoique la mère soit saine ou du moins sans aucun signe manifeste de vérole, comme si le virus, qui infecte l'embryon, était incapable de faire impression sur le corps de la mère....« l. c.

[3]) Swediar. Traité complet des maladies syphilitiques. Paris, 1801. II. pag. 90.

[4]) Bertin. Traité de la maladie vénérienne chez les enfants noveau-nés Paris. 1810. pag. 163. observ. XIII.

[5]) Haase. Dissertatio de Syphilidis recens neonatorum pathogenia commentatio. Lipsiae. 1828. pag. 14.

[6]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 3. pag. 423.

[7]) Hacker's Annalen literar. 1830. Juli.

[8]) Siebold'sches Journal. 1831. X. §. 353. Stück 3.

[9]) H. F. Bonorden. Die Syphilis. Berlin. 1834. pag. 393, 395—396.

[10]) Coles. Prakt. Bemerk. über venerische Krankheit. Hamburg. 1839. pag. 254—255.

[11]) Preuss. Vereins Ztg. 1834. 49, 50; Ricord's Lehre. Hamburg 1851. II. pag. 219.

[12]) Tijdskrift för Läkare. 1840. VII. 10. pag. 392.

[13]) Schmidt's Jahrbücher. 1840. XXVII. pag. 69.

[14]) H. Mayo. Treatise on Syphilis. London. 1840; Behrend's Syphilidologie. 1844. VI. pag. 306—307.

[15]) Behrend's Syphilidologie. 1841. III. pag. 581—582.

[16]) Behrend's Syphilidologie. 1842. IV. pag 63—64.

[17]) Traité des syphilides. Paris. 1843. pag. 138.

[18]) Schmidt's Jahrbücher. 1844. XLI. 1. pag. 53,

[19]) Tamże. 1844. XLIV. 3. pag. 312—313.

[20]) Annali universali di medicina. 1847. CXXIII. pag. 5—43.

W przypadku, spostrzeganym przez Bertina, zdrowa kobieta, wyszedłszy za mąż za zdrowego mężczyznę, miała z nim czworo zdrowych dzieci; wstąpiwszy zaś w powtórne związki małżeńskie z człowiekiem cierpiącym na kiłę urodziła piąte dziecię, u którego atoli wkrótce po urodzeniu pojawiły się rozmaite przypady kiłowe, mimoto matka pozostała i nadal zdrową. Haase nadmienia o 4 przypadkach, w których dzieci nawiedzone przypadami kiły dziedzicznej, były spłodzone przez zdrowe matki; podobne przypadki opisali też Boehr i Guérard; Colles twierdzi, iż nawet ukryta kiła ojca może w następstwie prowadzić za sobą kiłę dziedziczną potomstwa. Cederschjöld często spostrzegał, iż z matek zdrowych i wolnych od wszelkich objawów kiłowych rodziły się dzieci, u których wkrótce po urodzeniu pojawiały się rozmaite przypady swoiste kiły: osutki na skórze, wrzody i t. p. W opisanym przez Mayo przypadku ojciec, cierpiący na kiłę, spłodził ze zdrową matką dziecię, które wkrótce po urodzeniu zapadło na kiłę, matka zaś pozostała zdrową. Acton i Baumes, nie zaprzeczając bynajmniej, iżby kiła matki udzielać się mogła potomstwu, wypowiadają przekonanie, iż niekiedy ojciec może zakazić płód nasieniem kiłowem, matka zaś może pozostać zdrową; na poparcie swego zdania przytacza Acton trzy przypadki [1]).

Komisya szwedzka, zastanawiająca się nad kwestyą dziedziczenia kiły, orzekła w roku 1848, iż w wielu przypadkach zdrowe i wolne od wszelkich objawów kiły matki płodzą z kiłowymi ojcami dzieci, u których występują objawy kiły dziedzicznej [2]). Bottex [3]) podaje opis dwóch przypadków, w których matki nie przedstawiające żadnych oznak kiły, wydały na świat dzieci dotknięte kiłą dziedziczną, ojcowie zaś niedawno przed ożenieniem się przebywali kiłę. Podobne też przypadki spotrzegali i opisali: Scharlau [4]), Goussail [5]), Campbell [6]), Rüther [7]) i Müller [8]). Düsterberg [9]) opisał ciekawy przypadek, tyczący się pewnej wdowy, która z pierwszego małżeństwa miała troje zdrowych dzieci, wyszedłszy zaś powtórnie za mąż i pozostając nadal zawsze zdrową i wolną od kiły, wydała następnie na świat kiłowe dziecię; okazało się, iż drugi mąż, ojciec ostatniego dziecka, cierpiał podczas miodowych miesięcy na rozmaite przypadłości kiłowe. Zdaniem Behrenda [10]) ojciec, dotknięty ogólną kiłą, chociażby na częściach płciowych nie miał żadnych objawów swoistych, może wszakże spłodzić ze zdrową kobietą dziecię, które później zapada na kiłę dziedziczną; matka zaś może nadal pozostać zdrową i niezakażoną. Na poparcie swego zdania przytacza Behrend sześć opisanych szczegółowo przypadków, w których kiła dzieci pochodziła niezawodnie od ojca, matka zaś nie przedstawiała żadnych oznak kiły. Według Behrenda kobieta, dotknięta kiłą ogólną, nie może zajść w ciążę i pozostaje niepłodną. W przypadku Depaula [11]) zdrowa kobieta urodziła dziecię dotknięte pęcherzycą kiłową (*pemphigus syphiliticus*), zwyrodnieniem grasicy (*thymus*) i guzami kilakowymi w płucach; winowajcą choroby dziecka był ojciec, który przed zapłodnieniem matki cierpiał na rozmaite objawy kiły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Schmidt's Jahrbücher. 1845. XLVIII. 1. pag. 41.
[2]) Svenska läkaresällskapets nya Handlingar. 1848. VII; Oppenheim's Zeitschr. f. gesam. Medicin. 1850. XLIII. pag. 498—501.
[3]) Behrend's Syphilidologie. 1839. I. pag. 589—590.
[4]) Casper's Wochenschrift. 1841. 11. pag. 166.
[5]) Journal de médecine et de chirurg. de Toulouse. 1842/43. IV. pag. 97; L'Union médicale. 1851. 134.
[6]) London and Edinb. monthly Journal. 1844. pag. 514.
[7]) Oesterreich. medicin. Wochenschrift. 1845. 21. pag. 886.
[8]) Graevell's Notizen. 1848. I. pag. 293.
[9]) Schmidt's Jahrbücher. 1841. XXXII. pag. 296.
[10]) Arch. f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 1. pag. 22—32; 2. pag. 233—244, 246.
[11]) Gazette des hôpiteaux. 1851. 50, 51.

II. Kilka uwag o cholerze na tle epidemii w Kołomyi w roku 1893.

Podał
Dr. Władysław Piaskiewicz,
lekarz miejski w Kołomyi.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

3) Ażeby usuwać jak najrychlej ogniska zarazy z pośród mieszkańców miasta i ze względów humanitarnych, zbudowała Kołomyja w miejscu ustronnem, opodal śródmieścia, szpital choleryczny; po wygaśnięciu cholery ma on być szpitalem dla chorób zakaźnych w ogólności. Jestto budynek drewniany, około 30 metrów długości mający, z środkiem wystającym, mający po bokach dwa skrzydła, z których jedno zawiera salę dla mężczyzn, drugie dla kobiet, razem na 30 łóżek, lecz w razie potrzeby 60 chorych znaleść w nim może jeszcze odpowiednie schronienie. Srodek budynku mieści kuchnię, pokój dla lekarza, osobny dla służby, dwie ubikacye na przenośne klozety hermetyczne i korytarz łączący obydwie sale chorych. Wentylacya, światło, objętość jest w nim należyta a odpowiednie piece żelazne i podwójne ściany czynią zadość wymaganiom pod względem ciepła. W podwórzu obszernem osobny budynek z wchodem z jednej strony do pralni, z drugiej do osobnej trupiarni; tak tu, jak i tam posadzka cementowa daje się dokładnie oczyszczać. We środku podwórza duża jama cementem wyłożona, służąca na zlewki po chorych i z pralni; do jamy tej wrzuca się co kilka dni niegaszone wapno, pokryta jest wiekiem pobitem blachą, opodal wychodek dla zdrowych osób a z daleka od tego wszystkiego studnia z pompą i to wszystko ujęte parkanem i sztachetami; to już cały nasz szpital. Plan i wykonanie budynku uskuteczniło tutejsze biuro techniczne miejskie a ja dodam, że wybudowało szpital dobry, wygodny i tani. Koszta budynku (bez placu) wynoszą 3298 złr. a urządzenie na 30 łóżek 500 złr. Szpital ten oddał nam w czasie epidemii rzetelną usługę, bo z ogólnej liczby chorych 110 znalazło w nim pomieszczenie 37. Przez półtrzecia miesiąca wyniosły koszta dyet dla lekarzy 1159 złr., płaca dla służby 800 złr. (oprócz służby w czasie cholery przez cały rok mieszkał stały dozorca), pożywienie dla chorych oprócz apteki 808 złr. Te wydatki znaczniejsze opłaciły się jednak sowicie, bo 37 chorych zakażając swoje otoczenie w mieście, wywołałoby nieobliczalne straty materyalne i moralne. Chorych tych 37 przepędziło razem dni w szpitalu 185; więc na jednego chorego wypada średnio po 5 dni a koszta utrzymania jednego chorego przez jeden dzień czynią 12 złr. 95 ct. a przez cały czas choroby 74 złr. 78 ct.

Śmiertelność w szpitalu 65% wynosząca, a zatem większa od ogólnej, tłómaczy się tem, że umieszczano w nim osoby ze sfery najuboższej, materyalnie i moralnie podupadłej, często nałogowych pijaków.

Szpital taki stałby się bezwątpienia jeszcze pożyteczniejszym, gdyby u nas był przymus szpitalny względny, to

znaczy, że udać się do szpitala musi każdy taki chory, którego choroba z uwzględnieniem stósunków rodziny i najbliższego otoczenia stanie się niebezpieczna dla drugich według zdania znawców.

4) Dodawszy do poprzedniego zorganizowane pogotowie sanitarne, niepokojone często fałszywymi, rzadziej prawdziwymi alarmami, składające się z lekarza, pomocników i policyi wraz z przyborami, jak: wóz ambulansowy, kilka par krytych noszy, apteczka podręczna i t. p. wyczerpuję tym sposobem mniej więcej wszystkie ważniejsze środki, z którymi wystąpiła Kołomyja do walki z cholerą, bo inne usiłowania tutejszej gminy, tyczące się usunięcia nieczystości z miasta, doprowadzenia do porządku publicznych zakładów takich, jak piekarnie, fabryki wody sodowej i t. p. mają ogólne znaczenie asanacyjne.

IV. Wpływ terenu na rozszerzanie się i trwanie cholery.

Desinfekcya i izolacya w każdym przypadku cholery, o ile tylko można, jak najdokładniej przeprowadzone, nie wszędzie odniosły ten sam skutek zapobiegawczy. W pewnych okolicach miasta nowo powstałe ognisko kończyło się nie rzadko na jednym lub kilku przypadkach; w innych zaś, mimo jak największej pedanteryi przy użyciu tych samych środków, wlokła się epidemia z domu do domu lub przeskakiwała o kilka domów dalej, zataczając coraz szersze okręgi. Może teren, na którem leży miasto, potrafi wytłómaczyć to zjawisko. Kołomyja rozsiadła się po lewej stronie Prutu na dwóch płaszczyznach, z których niższa, mniejsza zajmuje południową część miasta bliżej rzeki a obydwie względem siebie tworzą dwie terasy. Niższa z nich ma grunta mokre a w niektórych punktach moczarowate, bagniste. W tych właśnie bagnistych częściach przedmiejskich cholera srożyła się najbardziej i najtrudniej dawała ograniczać. Mamy tu dwa poważne, a szczególnie jedno z nich, ogniska cholery, z których jedno bezpośrednio koło bagna obejmuje 47, drugie zaś przy ulicy Karpackiej na nie tak mokrych gruntach 13 przypadków, podczas gdy z 20 razy zaniesionych ognisk na wyższą terasę najliczniejsze 6 (i to w jednym domu) objęło przypadków a 10 z nich ograniczyło się do jednego.

Dzieje się to zapewne z tych samych przyczyn, dla których cholera, pojawiwszy się w dwóch rodzinach, liczących n. p. każda 10 osób, żyjących wśród tych samych złych warunków i nie mających pojęcia o desinfekcyi, w jednej poprzestaje na jednej ofierze, w drugiej zaś zabiera kilka osób. Potrzeba jakiejś skłonności szczególnej, pewnych ściśle indywidualnych własności ustroju, by się nabawić cholery. A co się dzieje pod jednym dachem, to przez analogię przenieść można na szersze pole, na całą pewną okolicę odrębną a co się dzieje w jednej rodzinie, odnieść nie będzie niestósownie do całego grona podobnych rodzin zamieszkujących taki sam teren i można powiedzieć, że okolica nizka, bagnista czyni mieszkańców mniej, okolica zaś sucha, wyżej położona więcej odpornymi na zarazek choleryczny. Zapewne, nie jest to ściśle naukowe, wyczerpujące twierdzenie, dogadzające żądzy zbadania dokładnie zjawiska, ale wobec ciemnych kart w biografii, że się tak wyrażę, cholery i rzeczy doświadczeniem stwierdzone miewają swoje znaczenie. Wszak i pismo św. mówi: „po skutkach ich poznacie je“. Ja na podstawie doświadczenia twierdzę, że tak a inni niech wytłómaczą dla czego. Co do siebie wyznaję, że lokalistyczno-przyrzutowa teorya Naegelego, jeszcze najbardziej przemawiająca do mego przekonania, nie zupełnie mi to zjawisko tłómaczy, nawet gdyby się alkalicznemu oddziaływaniu soku żołądka tak ważną rolę przyznało.

Najniższym punktem tej południowej płaszczyzny miasta jest tak zwane: Bagno Nadworniańskie, które muszę nieco bliżej opisać. Bagno samo jako takie zajmuje około 8350 metrów kwadr. powierzchni, lecz mokre grunta otaczające bagno i należące do tej samej niziny, są kilkadziesiąt razy większe i poczynając się na południu od młynówki, ciągną się w poprzek ulicy Sobieskiego, na północ aż pod ulicę Folwarczną a przez ulicę Jabłonowskich ku zachodowi po obydwóch stronach ulicy Karpackiej. Wśród bagien samych, z dwóch stron niemi ujęta, położona jest ulica Nowickiego przecinając je w poprzek ku południowi. Moczarowaty teren zamienia się tuż pod szeregiem gęsto i źle zabudowanych domków przy ulicy Sobieskiego w rodzaj stawu bez odpływu, podchodzącego pod same podwórza a nawet częściowo je zalewającego. Tych właśnie domków mieszkańcy byli najczęściej nawiedzani cholerą.

Jest wielkie prawdopodobieństwo, że wydzieliny chorych mimo surowego zakazu i ciągłej baczności dostawały się do bagna przez wylewanie ich na podwórza lub wprost do wody a w każdym razie stać się to mogło w tym początkowym okresie choroby, kiedy jeszcze władze sanitarne ani świadomości nabrać ani zaopiekować się zakażonym domem nie były w stanie.

Już przed wybuchem cholery ze względów ogólnie zdrowotnych było Bagno Nadworniańskie przez długi czas przedmiotem wielkiej troski tutejszego magistratu a tylko opór właścicieli gruntów był przeszkodą do ich osuszenia. Gdy jednak epidemia obecna wybrała na swe wylęgowisko owe moczary, magistrat przystąpił nie zważając już na opór właścicieli gruntów na mój wniosek dnia 27. Sierpnia do desinfekcyi wód i błot stojących za pomocą niegaszonego wapna a następnie dnia 10. Września 1893. do wykopania rowów odwadniających z takim skutkiem, że już z końcem tego samego miesiąca główne bagno można było uważać za osuszone. W tym celu okazała się potrzeba wykopania rowów ogólnej długości 1180 metr., wapna zaś spotrzebowano do desinfekcyi 40 centnarów metrycznych. Praca ta asanacyjna wywarła na przebieg epidemii w ogólności skutek pomyślny a poważne obawy, podzielane przez niektórych znawców, by przez ruszenie bagna podczas trwania epidemii nie zwiększyć jej nasilenia, nie sprawdziły się. Statystyka w tej sprawie dostarcza nam dat następujących, tyczących się najbliższej okolicy bagna. Przed osuszeniem bagna zaszło w okolicy, o której mowa, od 17. Sierpnia do 10. Września t. j. w 24. dniach epidemii 25 przypadków cholery, w czasie od 10. do 20. Września po wykopaniu rowów t. j. w okresie jeszcze wilgoci, choć stopniowego osuszania się terenu, mieliśmy 10 przypadków choroby, od 20. do 30. Września zaś t. j. w okresie, kiedy gleba widocznie już podeschła, zachorowało tamże 6 osób. Od dnia 30. Września do końca epidemii nikt w tej okolicy nie zachorował.

Z tego wynika, że ruszanie śmiecisk, gnojowisk, odwadnianie bagien i t. p. nie jest, jak niektórzy sądzą, przeciwwskazanem; należy je tylko dobrze desinfekcyonować. Że droga wodna jest niezłym gościn-

cem dla pochodu cholery, epidemia nasza dostarcza w tym względzie dwóch dowodów. Dwa razy bowiem za wystąpieniem cholery nad brzegiem młynówki (w jednym razie przekonałem się, iż matka zanieczyszczoną bieliznę chorego dziecka prała w niej i do niej wylewała wydzieliny chorego), po kilku dniach pojawiła się cholera w domostwach o kilometr odległych od miejsca zakażonego u osób, które absolutnie z domem zakażonym tym ani innym styczności nie miały, które jednak nad tą samą młynówką mieszkały.

V. Wpływ ciepłoty i opadów atmosferycznych.

Tablica graficzna przeze mnie zrobiona a podająca czas, średnią ciepłotę dnia, wielkość opadów atmosferycznych i ilość dzienną przypadków cholery, przemawia za tem, że większe opady przy odpowiedniej ciepłocie towarzyszą lub nieco poprzedzają liczniejsze pojawienie się przypadków cholery, co jest tylko potwierdzeniem szczegółu przez bardzo wielu już dostrzeżonego.

VI. Leczenie.

Co do leczenia cholery, nie wiele w tem sprawozdaniu mam do powiedzenia. Procent śmiertelności, jaki epidemia Kołomyjska wykazuje w porównaniu z procentem śmiertelności różnych miast i szpitali, w których używano nowszych, polecanych sposobów leczenia cholery, daje niezbity dowód, że leczenie dotychczasowe, jakieby ono nie było, daje wyniki niebardzo pomyślne, wszędzie mniej więcej jednakie. Po owych, tyle polecanych enteroklizach i hipodermoklizach w przypadkach ciężkich, nie widziałem ocalenia chorego, a lżejsze przypadki i bez tego pomyślne zakończenie się zapowiadały. Jeszcze makowiec w dużych dawkach, obwijania hidropatyczne w ciepłe prześcieradła i koce i środki podniecające, najwięcej zasługują na zaufanie.

Co do powikłań rzadszych nadmieniam, że na 110 przypadków widziałem 4 razy w późnych okresach tak zwanego tyfoidu cholerycznego zmiany odżywcze na rogówce w postaci wrzodów płytszych i głębszych, raz jeden nastąpiło w skutek tego przedziurawienie rogówki i wrośnięcie tęczówki.

W jednym przypadku wystąpiła recydywa w dwa tygodnie po szczęśliwem przebyciu cholery u osoby, która uzdrowiona wyszedłszy ze szpitala oddała się pijaństwu; drugi raz zapadłszy odwieziona do szpitala zakończyła w nim życie.

III. Oceny i sprawozdania.

Higiena.

Prof. Soxhlet: **Chemiczne różnice między mlekiem krowiem a kobiecem i sposoby ich wyrównania.**

Różnica między mlekiem krowiem a kobiecem polega na 1) odmiennem zachowaniu się kazeiny przy skrzepnięciu 2) innej ilości składników mineralnych, przeważnie soli i 3) różnym stosunku właściwych substancyj odżywczych do składników mleka.

Skrzepnienie kazeiny u osesków odbywa się jedynie tylko pod działaniem podpuszczki. Jakość skrzepu zależy od 1) zgęszczenia rozczynu kazeiny 2) ilości soli wapniowych 3) stopnia kwaśności rozczynu.

Mleko krowie zawiera dwa razy tyle kazeiny, sześć razy tyle wapna i ma większy stopień kwaśności, niż mleko kobiece. Przez roztworzenie wodą i odpowiednie zobojętnienie można tak zmienić mleko krowie, że krzepnie podobnie jak kobiece. Mleko zobojętnione nie da się wyjałowić bez znacznych zmian, gdyż rozkłada się cukier mleczny a mleko brunatnieje; dlatego dopiero po wyjałowieniu przed samem podaniem dodaje się do mleka na 100 gramów jednę pastylkę 0·1 węglanu sodowego. Mocne roztwarzanie mleka wodą jest szkodliwe, gdyż mimo zużycia wielkiej ilości takiego pokarmu ilość zużytego białka jest zamałą do odpowiedniego wzrostu ustroju. Przez gotowanie mleka rozpuszczalne sole wapniowe, konieczne do działania podpuszki, stają się nierozpuszczalnemi, przez przymieszkę kwasu lub rozpuszczalnych soli wapniowych wydzielających się z żołądka przywraca się w zupełności a nawet zwiększa się nieco pierwotna ilość rozpuszczalnych soli wapniowych.

Co do składników mineralnych, to mleko krowie ma cztery razy tyle kwasu fosforowego, sześć razy tyle wapna, co kobiece a nadmiar ten wapna jest przyczyną większej zbitości skrzepu kazeiny. Najważniejszą różnicą obu mlek jest odmienny stosunek właściwych substancyj pożywczych a od bezwzględnej ich ilości i od wzajemnego stosunku do siebie zależy odżywienie. Roztworzenie mleka połową tejże ilości 6% rozczynu wodnego cukru mlecznego tworzy mięszaninę zawierającą tyle białka i cukru a o 1,32% mniej tłuszczu niż mleko kobiece. Ten brak prawie trzeciej części tłuszczu, można zastąpić cukrem mlecznym, jako wodanem węgla. Badania Rubnera wykazały, że 100 części tłuszczu są izodynamiczne z 243 częściami cukru mlecznego a więc 1,32% tłuszczu można zastąpić 3,19% cukru mlecznego. Na tej zasadzie chemiczno-fizyologicznej wymyślili Prof. Heubner i Hofmann mięszaninę jednę dla dzieci od 1—9 miesięcy składającą się z równych części mleka krowiego i rozczynu wodnego cukru mlecznego w stosunku 69 gramów na litr wody. Tylko dzieci nader słabe i będące w okresie rekonwalescencyi mają dostawać mięszaninę jednej części mleka a 2 części wodnego rozczynu cukru mlecznego w stosunku 45 gramów na litr wody, dzieci zaś silne 9 miesięczne mogą dostawać czyste mleko. Cukier mleczny jest jedynym wodnikiem węgla, którym się odżywiają zwykle oseski a który jest produktem wydzielniczym samego gruczołu mlecznego. Jedynie tylko cukru mlecznego a nie żadnego innego można używać do tych rozczynów z przyczyny, że 1) opiera się wszelkim sprawom fermentacyjnym, szczególnie fermentowi alkoholowemu, 2) łatwiej się spala, niż inne cukry, resorbuje się powoli, 3) prawie o trzecią część jest słodszy niż cukier trzcinowy, ma więcej cechy środka odżywczego, 4) na krążenie krwi działa szczególnie, podnosi parcie krwi, zwalnia tętno skutkiem działania wprost na zakończenie nerwu błędnego, chemotaktycznie zaś na same ciałka krwi 5) działa przeczyszczająco. *(Münchener Med. Wochschr.)*

Dr. Komorowski.

Schulz: **O zanieczyszczeniu mleka kałem.**

Częste schorzenia osesków po spożyciu mleka krowiego zwróciły uwagę higieników i lekarzy na ten artykuł żywności. Badania na wielką skalę przedsięwzięte wykazały, że mleko, stanowiąc znakomitą glebę do rozwoju mikroorganizmów, jest nośnikiem wielu chorób zaraźliwych ludzkich, jakoteż i zwierzęcych. Oprócz tego wykazał w ostatnich czasach Renk a następnie Schulz, iż mleko zawiera stale mniejszą lub większą domieszkę kału bydlęcego, którego ilość zależy przedewszystkiem od zanieczyszczenia wymienia i sposobu przecedzania. Wyniki badań pod względem ilości świeżego kału w litrze mleka, dokonanych w kilku miastach niemieckich, przedstawiają się, jak następuje:

	Wircburgu	Lipsku	Mnichowie	Berlinie	Halli
średnio	15·1	19·0	45·0	51·3	74·60 mg.
maximum	40·5	57·5	139·5	250·0	362·5 mg.

Z tego zestawienia wypada, że mieszkaniec w Halli, spożywając 1—2 litrów mleka dziennie, spożywa średnio

w ciągu miesiąca 4—5 gr. świeżego kału, natomiast w Wircburgu tylko 0·5—1·0. S. twierdzi słusznie, że niedokładne obmywanie wymienia przed dojeniem, jako też brak czystej podściółki w krowiarniach wpływa na zwiększenie się ilości kału. Najważniejszą jednak rolę odgrywa sposób przecedzania mleka po wydojeniu, które dzisiaj w większych mleczarniach dla wygody odbywa się za pomocą sit metalowych. Przyrządy te, posiadające wiele innych zalet, okazują się z powodu przepuszczania cząstek kału jako nieodpowiednie i dlatego sądzi S., że jedynie gęste, czysto wyprane chusty płócienne, t. z. powązki nadają się najlepiej do tego celu.

Badania dalsze Schulza wykazały również, że mleko pochodzące nawet z najzdrowszych krów nie jest zupełnie jałowe t. j. wolne od bakteryj, albowiem zawiera zawsze małe ilości mikroorganizmów, które według S. dostają się z zewnątrz do kanałów strychowych wymienia. Chcąc zatem otrzymać zawsze zupełnie czyste mleko, należy według S. odlać pierwsze, z początku dojenia ze strychów odciągnięte mleko.

(Oznaczanie ilości kału w mleku w Krakowie sprzedawanem jest w toku i będzie później ogłoszone. Przyp. ref.) *(Arch. f. Hyg. XIV.)* *Walentowicz.*

Położnictwo.

Veit: Zasady aseptyki w położnictwie.

W nowszych czasach wiele zabiegów w położnictwie łączy się z pojęciem aseptyki w równem znaczeniu, jak i w chirurgii lub w ginekologii. Gdy jednak ważniejsze operacye z obu ostatnich działów odbywają się przeważnie w klinikach stosownie urządzonych, położnik musi się liczyć z niedogodnościami praktyki po domach prywatnych. Tu zasadą aseptyki jest unikać bądź co bądź wprowadzenia chorobotwórczych zarazków z zewnątrz do części rodnych rodzącej.

W kwestyi tej utrzymuje Ahlfeld, że w etyologii cierpień połogowych główną rolę odgrywa samozakażenie (*Selbst infection)* i dlatego przemawia gorąco za desinfekcyą pochwy i szyjki macicy u każdej rodzącej. Przeciwnie Leopold upatruje główne niebezpieczeństwo w zakażeniu przez ręce położnika i żąda wstrzymania się od badania wewnętrznego, dopóki pewne dopiero stany patologiczne nie dadzą po temu koniecznego wskazania; poleca wszakże równocześnie przy porodzie desinfekcyę części rodnych zewnętrznych.

Wobec tak zasadniczo sprzecznych poglądów wypowiada Veit następujące własne zdania:

Desinfekcya akuszera nie może być nigdy dość ścisłą, przyczem należy zważyć, że niekorzystne rezultaty różnych metod odrażania zwykle nie tkwią w nich samych, ale w ich niedostatecznem przestrzeganiu. Tak n. p. mechaniczne oczyszczanie rąk mydłem i szczotką nie przyda się na wiele, jeźli się zarazem nie pamięta i o paznogciach, lub też gdy więcej oczyszcza się rękę, którą się ma tylko na zewnątrz manipulować zapominając o ręce, którą się wprowadza do przewodu rodnego. Lepiej zatem trzymać się już jednej, raz przyjętej metody (Fürbringera), która zyskała sobie prawo obywatelstwa również i między akuszerkami, niż sprawiać zamięszanie przez wprowadzanie coraz to nowych.

Desinfekcya położnicy tyczy się jużto części zewnętrznych, już też pochwy i szyjki macicznej. Oczyszczenie pierwszych jest rzeczą w każdym razie wskazaną; w praktyce jednak desinfekcya sromu mydłem i szczotką przez 5 minut a następnie jeszcze rozczynem karbolu czy sublimatu nie zawsze jest możliwą. Przy zwykłym zatem porodzie namydla się i zmywa watą lub czystem płótnem, zwłaszcza okolicę łonową i kiszki stolcowej i desinfekcyę tę powtarza się za każdem oddaniem moczu lub kału.

Co do pochwy, to badania Wintera dowiodły, że znajdują się w niej chorobotwórcze mikroorganizmy aż po ujście wewnętrzne, aczkolwiek w stanie osłabienia żywotności. Döderlein odróżnia prawidłową wydzielinę pochwy od patologicznej, wykazując zarazem, że tylko w 9·2% przypadków znajdują się streptokoki, których żywotność dała się okazać przez szczepienie na zwierzętach. Wydzielinę bez przymieszki patologicznej znalazł Burckhardt w 59%, niemal jednozgodnie z badaniami pod tym względem Döderleina i Steffecka; stosunek ten przedstawia się w praktyce prywatnej jeszcze korzystniej. Mimo to spostrzeżenia powyższe skłaniają tak Döderleina, jak i Burckhardta do ostrzegania przed desinfekcyą pochwy a to raz z przyczyny trudności w oczyszczeniu jej, powtóre ze względu na niebezpieczeństwo, że właśnie w ten sposób można zarazki przenieść z miejsc niżej do wyżej położonych.

Radzi też Steffeck zdesinfekcyonować raz najdokładniej szyjkę i pochwę, później zaś przepłukiwać pochwę co 2 godziny.

W kwestyi desinfekcyi pochwy z wydzieliną patologiczną udowadnia Ahlfeld, że możliwym jest stan chorobowy bez wniknięcia zarazków z zewnątrz, przyczem jednak autoinfekcyą należy określić w tej myśli, że znachodzące się w pochwie zarazki pochodzą z zewnątrz, wszakże przed badaniem a zatem i nie z przyczyny położnika. Ahlfeld osiągał lepsze rezultaty po zdesinfekcyonowaniu pochwy, niż bez niego; z drugiej strony obserwował na 100 przypadków, których wogóle nie badano ani nie desinfekcyonowano, 39 z objawami gorączkowymi; wreszcie w przypadkach wiewióra (*gonorrhoë*) poprzednie odrażanie pochwy ani matce ani dziecku (ze względu na śluzoropotok spojówki) pożytku nie przyniosło.

Zdaniem Veita wszelkie zakażenia, od zarazków w pochwie pochodzące a więc na pewno nie za pośrednictwem palca badającego wprowadzone, przebiegają łagodnie i wcale energicznej desinfekcyi pochwy nie wymagają. Tem mniej zachodzi potrzeba desinfekcyi w praktyce prywatnej a staje się ona wprost szkodliwą, jeźli ją przeprowadza położna. Łatwo bowiem w ten sposób dostają się zarazki ze sromu i pochwy do szyjki a nie jest też wykluczoną możliwość intoksykacyi sublimatem; natomiast desinfekcya pochwy jest konieczną w obec spraw rozkładowych podczas porodu, u położnic zakażonych, wreszcie przed operacyami.

Wobec prawidłowego przebiegu porodu można się obejść bez badania wewnętrznego a ograniczyć się, ile możności, do badania zewnętrznego; wewnętrznie badać należy tylko tam, gdzie do tego skłania koniecznie nieprawidłowy przebieg porodu, gdzie zatem badanie to ze względu na dobro rodzącej jest stanowczo wskazanem. Palce należy wprowadzać nie od strony międzykrocza, lecz wprost pod kontrolą oka do pochwy, podczas gdy druga ręka rozwiera wargi. Wynika bowiem z badań Gebharda, że w przypadkach wzdęcia macicy (*tympania uteri)* główną niemal rolę odgrywa *bacterium coli commune*, bezwątpienia po międzykroczu do pochwy a następnie do macicy przeniesione, zwłaszcza w przypadkach nieprawidłowego porodu, w których wielokrotnie badano wewnętrznie.

Wreszcie należy baczyć, by podczas porodu ręka jedna zawsze bezwarunkowo stale była zdesinfekcyonowana, gdy drugiej używa się wyłącznie do zewnętrznych manipulacyj.

Zasady aseptyki w położnictwie mają doniosłe znaczenie, zwłaszcza przy porodach nieprawidłowo przebiegających. Tak wobec krwotoku po porodzie nieraz zbyt pochopnie wprowadza się rękę do jamy macicy dla odklejenia łożyska, co wobec niedokładnego oczyszczenia ręki może groźne wywołać następstwa. Tymczasem należy zważyć, że, jak wykazuje statystyka 50.000 porodów w klinikach, *atonia uteri* zdarza się zaledwo w 0·25% ogólnej liczby; natomiast w wielu przypadkach krwotoki powstają raczej z obrażeń i pęknięć szyjki i pochwy a ustają same przez się w skutek silnej kontrakcyi przewodu rodnego. Należy sobie zatem zdać poprzód sprawę z przyczyny krwotoku i w razie atonii zastosować nacierania; w razie zaś pęknięcia zeszycie i to nawet przed wydaleniem łożyska a tak obejdzie się nieraz bez wprowadzania zbytecznego ręki do macicy. W razie dłuższego zatrzymania się łożyska i potrzeby odklejenia go ręką, należy poprzód przeprowadzić należycie desinfekcyę sromu, pochwy i ręki operującej.

Jasną jest rzeczą, że badanie wewnętrzne jest niezbędne dla praktycznego nauczenia się dyagnostyki porodu; dla wyrobienia jednak sądu, czy i kiedy wewnętrznie badać należy, klinika dostarcza należytego materyału.

W operacyach położniczych schodzi się postępowanie niemal zupełnie z zasadami przyjętemi w chirurgii; zwraca się zatem uwagę w położnictwie głównie na niedopuszczenie zakażenia z zewnątrz w przekonaniu, że szkodliwe czynniki w samym przewodzie rodnym kobiety, ustępują prawie zawsze same przez się, bez działania lekarskiego. *(Berl. klin. Wchschr. 1894. Nr. 3).* *Dr. Leopold Kosiński.*

Choroby zakaźne.

Stoerk: O leczeniu kreozotem gruźlicy krtani i płuc.

S. zaznaczając na wstępie bezskuteczność dotychczasowej terapii gruźlicy, zwraca się także przeciw leczeniu kreozotem, które tak wielkiego doznało rozpowszechnienia. Roztrząsając liczne a często bardzo ze sobą sprzeczne skutki tej terapii, podane przez rozmaitych badaczy, zastanawia się nad tem, jaki cel właściwie zamierzamy osiągnąć kreozotem. Dwie okoliczności mogą tu wchodzić w rachubę. Pierwsza tyczy się antybakteryjnych własności kreozotu. S. sądzi, że ponieważ jest rzeczą niemożliwą, aby kreozot wprowadzić w ustrój w ilości dostatecznej do zabicia lub przynajmniej powstrzymania rozwoju prątków gruźliczych, nie powinniśmy pod tym względem oddawać się złudzeniom. Druga okoliczność odnosi się do pośredniego wpływu kreozotu, który działając na żołądek i jelita ma w ten sposób pobudzić apetyt, podnieść ogólne odżywienie i t. d. Doświadczenie autora zmusza go jednak do wniosku, że i te przypuszczenia są mylne, że nawet w wielkiej liczbie przypadków kreozot pod jakąkolwiek postacią stósowany wprost szkodliwie działa na ustrój. Rzekome dobre wyniki dowodzą jedynie, że są ludzie, obdarzeni tak wytrzymałym żołądkiem, iż pomimo używania kreozotu przez czas dłuższy i w dużych ilościach nie tylko nie odnoszą szkody, ale owszem doznają poprawy w odżywieniu, przybierają na wadze, w skutek czego i sprawa gruźlicza nie postępuje dalej a w rzadkich przypadkach może nastąpić wyleczenie. Wiara w lecznicze własności kreozotu jest według S. nieuzasadnioną i niezgodną z naszemi pojęciami fizyologicznemi i biologicznemi.

Wiara ta nie tylko nie ma naukowej podstawy, ale i wielu chorych przyprawia o szkodę. Chorzy tacy pomimo wstrętu do kreozotu, karmieni nim całymi miesiącami, tracą apetyt, odżywienie podupada coraz bardziej a sprawa gruźlicza szerzy się tem łatwiej. W czarnych barwach opisuje S., jak nieraz na wpół umierający pomimo, że do ostatka tylko zgubne odnieśli skutki z kreozotu, chwytają się jeszcze tego środka, wierząc w niego, jak w *specificum*.

Wzywa więc autor, by w tej kwestyi zająć krytyczniejsze stanowisko i by raz koniec położyć prawie wyłącznemu panowaniu środka, który może trudno pomódz a bardzo często zaszkodzić. *(Archiv f. Laryng. 1893.)*

M. Borchardt: Spostrzeżenia nad lasecznikiem influency (Z oddziału prof. A. Fraenkla w Berlinie.)

Od czasu, gdy Pfeiffer ogłosił swe prace nad etyologią influency, bardzo mało ukazało się publikacyj zajmujących się tą kwestyą. Ze strony klinicznej ani nie zaprzeczono, ani nie potwierdzono odkrycia Pfeiffera. Dlatego B. przedsięwziął podczas epidemii tej choroby szereg doświadczeń, które podaje w krótkości. Przypadki badane przedstawiały przeważnie typ nieżytowy, czyli, że głównie narząd oddechowy był dotknięty chorobą. Plwociny stanowią najważniejszy przedmiot do badania. Są one zazwyczaj śluzowo-ropne, zbijające się w kłęby lub czysto ropne. Rzadko tylko występują rdzawe plwociny nawet w formach pneumonii na tle influency a wtedy różnią się od plwocin we włóknikowem zapaleniu płuc tem, że są mętniejsze, i że ciałka ropne znacznie przeważają nad ciałkami krwi czerwonemi. W przypadkach autora starano się zawsze wprzód rozpoznać sprawę klinicznie, zanim przystępowano do badania bakteryologicznego. Przy sporządzaniu preparatów drobnowidzowych zaleca B. jak największą dokładność, jeśli się chce uniknąć pomyłek. Przed badaniem należy plwociny wypłukać w wodzie wyjałowionej, potem część ze środka wyjętą przenieść na szkiełko nakrywkowe, suszyć i barwić rozczynem Ziehla, wreszcie odbarwiać wodą kw. octowym zakwaszoną. W ten sposób badano także plwociny rozmaitych chorych w czasie wolnym od epidemij, szczególnie w atypowych zapaleniach płuc; w tych przypadkach nie znaleziono laseczników Pfeifferowskich. W czasie epidemii badano 50 przypadków z klinicznem rozpoznaniem influency. W 35-ciu znaleziono laseczniki; z tych przypadków 18 przebiegało jako *bronchitis* a 17 jako *bronchopneumonia*. W niektórych przypadkach obok Pfeifferowskich i inne znajdowały się drobnoustroje; często jednak pierwsze wybitnie przeważały lub nawet występywały, jakby w czystych hodowlach. Pod mikroskopem ukazywały się wolne i rozrzucone, rzadziej w komórkach zamknięte, czasem w charakterystycznych szeregach ugrupowane. W plwocinach rdzawych często obok nich napotykano dyplokoki Fraenkla.

Czasem przez kilka tygodni można było spostrzegać laseczniki w plwocinach chorych na influencę. W przypadkach wątpliwych rozstrzygają hodowle. Sporządzone sposobem Pfeiffera przedstawiają odgraniczone, krystaliczno-jasne kolonie. W 15 przypadkach sporządzono hodowle ze skutkiem pomyślnym, raz bez skutku. Użyto do nich plwociny lub wydzieliny oskrzeli, uzyskanej przy sekcyi. We krwi nie znaleziono laseczników Pfeiffera; dlatego autor sądzi, że ciężkie objawy ogólne w influency odnieść należy nie do samych laseczników, ale do resorpcyi taksyn, które wytwarzają. W ogóle spostrzeżenia B. stanowią potwierdzenie prac Pfeiffera. Autor przypisuje im także kliniczną i praktyczną ważność w przypadkach wątpliwych. Przytacza też przypadek, w którym rozpoznanie wahało się między durem brzusznym a influencą; badanie plwocin wykazało laseczniki Pfeifferowskie a dalszy przebieg w zupełności potwierdził rozpoznanie mikroskopowe. *(Berl. kl. Wchschr. Nr. 2. 1894).*
Dr. Schoengut.

Zapiski terapeutyczne.

— Według doświadczenia G. Werrego, docenta chirurgii w uniwersytecie w Cambridge, napady kaszlu, które u mających przepuklinę są tak pospolitą przyczyną przejścia jelit przez otwór przepuklinowy, są zarazem środkiem ułatwiającym znakomicie odprowadzenie uwięzłej przepukliny. Jakoż udało się G. Werremu odprowadzić niejedną uwięzłą przepuklinę pachwinową, która oparła się próbom nawet pod chloroformem ze strony innych kolegów, w ten sposób, iż odprowadzał je podczas ciągłego kaszlu chorego, co Werry tłómaczy sobie tem, iż wysiłki przy kaszlu naprzemian zwężają i rozszerzają pierścień przepuklinowy.
(La semaine médicale. 7. Lutego 1894).

— Na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego paryskiego, odbytem w dniu 3. b. m., zdawali Linossier i Lannois sprawę ze swych doświadczeń nad absorpcyą gwajakolu i wydalaniem go następnie moczem po pomazywaniu nim skóry. Z doświadczeń tych wypada niewątpliwie, iż skóra wsysa gwajakol, który pojawia się w moczu w równej ilości nawet wtedy, gdy osoba do doświadczenia użyta oddycha przez rurkę kauczukową wychodzącą na zewnątrz pokoju, w którym odbywa się doświadczenie. Po pomazaniu skóry dwoma gramami gwajakolu, widzi się tę substancyę w moczu już po kwadransie, po $1\frac{1}{2}$ do 4 godzin okazuje się w moczu największa ilość, poczem zmniejsza szybko aż do upływu 6 do 7 godzin. Po 24 godzinach wykazuje rozbiór w moczu tylko ślady gwajakolu. Po użyciu 2 gramów do pomazania skóry wykryto w moczu 1·11 gwajakolu czyli 55·5% ilości użytej do pomazania skóry. Nie ma przeto wątpliwości, że pomazywania skóry gwajakolem można użyć w miejsce zażywania przez żołądek lub wstrzykiwań podskórnych. Rozu-

mie się zresztą samo przez się, że do wessania gwajakolu przez skórę potrzeba pokrycia jej po pomazaniu jaką tkaniną nieprzenikliwą.

— C. Neebe w Hamburgu przekonał się, że najlepszym środkiem przeciw cuchnącemu poceniu się nóg, skuteczniejszym o wiele od używanego powszechnie w Niemczech kwasu chromowego, jest pomazywanie codzienne powierzchni podeszwowych i przestworów międzypalcowych 10% rozczynem wyskokowym azotanu srebrowego (*argentum nitricum*), dopóki cała skóra w ten sposób pomazywana nie złuszczy się zupełnie w wielkich płatach, co odbywa się zwykle po 8 do 15-krotnem pomazaniu, poczem trzeba jeszcze, ale coraz rzadziej, użyć w ten sam sposób kilka razy owych pomazywań. Neebe twierdzi, że ten sposób prowadzi do zupełnego i trwałego wyleczenia.

— Na posiedzeniu akademii lekarskiej paryskiej odbytem w dniu 6. b. m. wyłożył Poncet w imieniu swem i Jabolaya rzecz o nowym sposobie leczenia wola, zwanym przez siebie egzotyropeksyą.

Operacya ta polega na zwichnieniu na zewnątrz i utrzymaniu w tem położeniu gruczołu tarczykowego całego lub pewnej jego części w celu wywołania jego zaniku.

P. i J. opierają swą metodę terapeutyczną na doświadczeniu w 14 przypadkach, t. j. 5 wolach miąższowych i 9 torbielowych, które oparły się wszelkiemu leczeniu wewnętrznemu a z przyczyny różnych przypadów czynnościowych wymagały leczenia operacyjnego.

Zanik wolów miąższowych nastąpił w 5 do 6 tygodni, zanik zas wolów torbielowych potrzebował czasu znacznie dłuższego. We wszystkich 14 przypadkach operacyę uwieńczył pomyślny skutek.

Pod względem przebiegu pooperacyjnego, wypada nadmienić, że po odsłonięciu wola cała jego powierzchnia pokrywa się płynem surowiczym, żyły na nim nastrzykują się krwią a sam gruczoł nabiera wkrótce barwy czarniawej. Od drugiego dnia żyły zmniejszają swa średnicę, zapadają się, zatykają a koło 8-mego dnia zanik ich jest zupełny. W tym samym razie rana pokrywa się ziarninami a skóra przylega do gruczołu tarczykowego na całym jego obwodzie. Przyczyny zaniku autorowie podać nie umieją; sądzą jednak, iż operacya przez nich proponowana i wykonywana działa przez zniweczenie krążenia krwi żylnego w gruczole.

Obok zmian miejscowych pojawiają się po operacyi, o której mowa, skutki ogólne, w postaci podniesienia się inteligencyi i całej żywotności ustroju.

Co do samego wola, ten albo znika zupełnie albo przemienia się w guzki (*noyaux*) lub torbiele.

Zdaniem autorów egzotyropeksya da się zastósować do wszelkich odmian, tak anatomicznych jak i klinicznych, wola a pytanie, czyby jej nie spróbować w chorobie Basedowa bez przerostu gruczoła tarczykowego.

— W raku odbytnicy zaleca V. Schultz czopki:

19) Rp. *Pyoctanini* 0·06
Opii pulverati 0·005
Butyri de cacao q. s.
ut f. l. a. suppositorium.
Dentur talia suppositoria decem.

S. Co noc przed położeniem się do snu zakładać czopek.
(La semaine médicale 7. Lutego 1894).

— W błednicy zaleca Solis-Cohen:

20) Rp. *Liquoris ferri sesquichlorati* 10·00
Acidi phosphorici diluti 15·00
Glycerini 20·00
Aquae oxygenatae 75·00

MDS. Zażywać po łyżeczce od kawy w małej ilości wody trzy razy dziennie przed jedzeniem.
(*La semaine médicale 24. Stycznia 1894*).

— W influency zaleca gorąco E. Graesser antyfebrynę z proszkiem Dowerowym:

21) Rp. *Antifebrini* 0·25
Pulv. Doweri 0·15
M. f. p.
Dentur tales doses decem.

S. Trzy razy dziennie zażywać po proszku.
(Therapeutische Mtshefte. Styczeń 1894).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 24. Stycznia 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 42.

1) Przewodniczący poświęcił kilka gorących słów pamięci zmarłych członków Towarzystwa: profesora Madurowicza w Krakowie i Dra Rollego w Kamieńcu podolskim i wezwał zgromadzonych do oddania im czci przez powstanie (co się też stało).

2) Na członka czynnego wybrany został Dr. Władysław Reiss.

3) Kol. Mars w zastępstwie kol. Zarewicza odczytał sprawozdanie kasowe Towarzystwa za rok ubiegły, który przyjęto.

4) Na wniosek Komitetu Towarzystwa wyznaczono komisyę do rewizyi statutu, w której skład weszli koledzy: prof. Rydel, prof. Mars, doc. Ponikło, doc. Zarewicz, Tyszkiewicz i Kwaśnicki.

5) Kol. przewodniczący przedstawił stan sprawy zapisu ś. p. Dra Jabłonowskiego i odczytał w przekładzie polskim odpis urzędowy testamentu.

6) Kol. prof. Jakubowski miał zapowiedziany odczyt: O punkcyi wodogłowia. Jeżeli w przypadkach typowych, daleko posuniętych rozpoznanie wodogłowia jest bardzo łatwe, to częstokroć przedstawia ono znaczne trudności w początkowych okresach cierpienia, kiedy nawet głowa dziecka nie przedstawia na oko zboczeń pod względem wielkości i kształtu. Dopiero dokładniejsze badanie wykazuje zmiany chorobowe: przez obmacanie przekonać się można, że szwy czaszkowe nie schodzą się, że ciemię mniej lub więcej wypukla się, że brak nad niem tętnienia, oprócz tego naczynia podskórne są rozszerzone i gałki oczne zwykle wypukłe nieco na zewnątrz. Te objawy wystarczają, aby rozpoznać wodogłowie. Jeszcze większą trudność dla lekarza przedstawia leczenie. Używane tu metody sprowadzić się dadzą do 2 głównych: *a*) ucisku systematycznego czaszki, *b*) przekłucia i wypuszczenia płynu. Pierwszej z nich można użyć tylko, póki nie nastąpi skostnienie zupełne kości czaszkowych i stały zrost szwów a zatem wciągu 1—2. roku życia; lecz i w użyciu tego sposobu leczniczego występują częstokroć groźne objawy mózgowe wskutek ucisku (kurcze, opistotonus i t. d.) lub jeżeli uciskanie jest zbyt słabe, pozostaje bez żadnego wpływu. Dlatego metoda ta może oddać usługi, ale w połączeniu z tą drugą t. j. jednoczesnem przekłuciem i wypuszczeniem płynu.

Punkcya wodogłowia nie jest metodą nową. W r. 1843. opisał Anglik West wszystkie do tego czasu wykonane przekłucia wraz z dodaniem swoich; później czas dłuższy o tem zapomniano, dopiero w r. 1883. Dunn zachęcał do punkcyi przy pomocy aspiratora, w r. 1888. opisał tak operowane przypadki Pfeiffer i wkrótce potem Dr. Rean, polecając tę metodę leczniczą, przesłał do pedyatrów odezwę z prośbą o zestawienie wyników wszystkich przypadków, w których użyto przekłucia.

Od r. 1889. wykonał mówca w szpitalu św. Ludwika w 7-miu przypadkach punkcyę wodogłowia. Ilość wypuszczonego naraz płynu była różna, od 30—150 grm. Za miejsce operacyi służyło ciemię wielkie lub też przestwór pomiędzy szwami kości ciemieniowych. Podczas wypuszczania jest rzeczą ważną uciskać stopniowo ręką wierzchołek czaszki, aby nie dopuścić aspiracyi powietrza do wnętrza.

Co się tyczy samej techniki operacyjnej, to za narzędzie używał mówca zwykle trójgrańca niewielkich rozmiarów, który z zachowaniem ostrożności antyseptycznych wbijał do czaszki, poczem zwolna wypuszczał odpowiednią ilość płynu. Dopiero w ostatnich czasach zaczął używać przyrządu, który w tym celu skonstruował razem z Drem Słapą. Jest to rodzaj małego aspiratora ze szklaną kolbką, z której wychodzą dwa dreny gumowe, zaopatrzone w małe zaciskacze; na końcu jednego

z drenów znajduje się trójgraniec, koniec zaś drugiego jest wolny i służy do aspiracyi powietrza z kolby. Wypuszczony płyn dawał zawsze mówca do rozbioru chemicznego.

Pierwszy przypadek tyczył się dziecka 14-to miesięcznego o obwodzie czaszki 76 cm., któremu wykonano punkcyę trzykrotnie i wypuszczono razem 400 gr. płynu; pomimo, że nastąpiło niewątpliwe polepszenie co do stanu mózgu, dziecko zmarło wskutek obustronnego zapalenia płuc.

W drugim przypadku u dziecka 5-cio miesięcznego wypuścił mówca odrazu 150 gr. płynu, poczem 4-go dnia dziecko zmarło wśród drgawek.

W trzecim przypadku (14-to mies. dziecko) zrobiono dwukrotnie przekłucie, raz wypuszczono 10 gr., drugi raz 30 gr.; w parę dni po drugiem przekłuciu matka zabrała dziecko ze znacznem polepszeniem.

W czwartym przypadku dziecku 9-cio mies. wypuszczono 50 gr., po 9-ciu dniach zabrano dziecko do domu.

W piątym przypadku wykonał mówca przekłucie 7 razy, wypuściwszy razem 750 gr.; po ostatniej punkcyi wystąpiła śpiączka i wśród tych objawów dziecko zmarło.

W szóstym przypadku u dziecka 9-cio miesięcznego wypuszczono 50 gr., w tydzień potem nastąpiła śmierć wskutek zapalenia płuc, jak to wykazała sekcya.

Siódmy do dziewiątego przypadek tyczył się dziecka rocznego, któremu wypuścił mowca pierwszy raz 250 gr., w 48 godzin zaś jeszcze 350; w 2 dni potem dziecko zmarło wśród objawów mózgowych.

Wyniki zatem nie są bardzo zachęcające. Pomimo to mówca uważa ten sposób leczenia t. j. przekłucie z następowym uciskiem systematycznym wobec zupełnej bezsilności terapii za najodpowiedniejszy i mogący w szczęśliwych przypadkach dać wyniki korzystne.

Jako główne strony postępowania uważa mówca: 1) idealną czystość operacyjną, 2) wypuszczanie niewielkich ilości naraz, 3) wypuszczanie w znacznych odstępach czasu, 4) przystępywanie do operacyi w okresach cierpienia, o ile można, wczesnych, po dokładnem rozpoznaniu.

W dyskusyi wspomina kol. Trzebicky o przypadku, w którym również wykonał punkcyę wodogłowia. Jakkolwiek przypadek ten zakończył się niepomyślnie, przecież nasuwa uwagę, że należałoby i nadal próbować punkcyi: w przypadku tym istniał zez zbieżny, który w miarę upustu płynu stopniowo się zmniejszał a po wypuszczeniu 500 ctm. sz. znikł zupełnie. Kol. T. sądzi, że operując wcześnie, możnaby prawdopodobnie usunąć stale wszystkie objawy chorobowe; w każdym zaś razie uważa dalsze w tym względzie próby za uzasadnione i wskazane. (Sprawozdanie własne).

Kol. Sroczyński zapytuje się prelegenta o stan dzisiejszy wiedzy co do danych anatomo-patologicznych wodogłowia, gdyż one tylko mogą dać pewne wskazówki co do racyonalnego leczenia choroby. Czy n e gra tu roli przyczynowej sprawa zapalna wyściółki komór mózgowych (*ependymitis*)? Za przypuszczeniem tem przemawiałaby okoliczność, że okuliści tak często znajdują w wodogłowiu zapalenie nerwu wzrokowego. Niemniej ważne byłoby pytanie, jakie w wodogłowiu ma znaczenie niezrastanie się kości czaszkowych, czy ono jest przyczyną przesięku czy też przeciwnie zwiększenie przesięku prowadzi do niezrastania się kości czaszki i jej powiększenia? (Sprawozd. własne).

Kol. Jakubowski jest zdania, iż nagromadzenie się płynu i niezrastanie kości, są to sprawy przyczynowo odrębne. Co się zaś tyczy etyologii, to w powstawaniu wrodzonego wodogłowia treść sprawy tkwi w zmianach w ścianach naczyń włosowatych mózgu, zmianach, które mogą być zapewne i pochodzenia zapalnego, chroniczne zaś wodogłowie powstaje najczęściej z wrodzonego, które początkowo przebiegało skrycie. Wreszcie kwestye te wychodzą poza ramy dyskusyi nad wygłoszonym odczytem, którego treścią jest tylko leczenie wodogłowia za pomocą punkcyi.

Kol. prof. Korczyński Edward zapatruje się na sprawę powstawania wodogłowia nieco odmiennie. Przyczyną wodogłowia wrodzonego nie może być przekrwienie czynne, które nie sprawia nigdy wysięku, nawet w takich przypadkach, gdzie dochodzi do pęknięcia naczynia; prędzej już winićby można przekrwienie bierne, dla którego w łonie matki znaleść się mogą korzystne okoliczności. Jest jednak cały szereg przypadków wodogłowia, w których przyczyny wykazać nie można; być może, są one następstwem spraw zapalnych w życiu wewnątrz-macicznem. Pewną w tej mierze odpowiedź dałoby może badanie szczegółowe wyściółki komórek i błon mózgowych.

Co się tyczy wodogłowia nabytego, to w niektórych przypadkach można się zgodzić z kol. prelegentem, iż były one wrodzone, tylko początkowo przebiegały skrycie tak, iż nie zauważano ich, lecz zdarza się zarówno, że wodogłowie rozwija się dopiero z czasem u dzieci, które urodziły się stanowczo zdrowe. Tu więc należy przypuścić, jeżeli nie we wszystkich, to w przeważnej części przypadków naturę zapalną, analogicznie do zapaleń innych błon, jak opłucny, przebiegających bardzo często skrycie i uwidoczniających się dopiero wówczas, kiedy jest już gotowy wysięk. Sprawy takie są często pochodzenia gruźliczego. Podobnież puchlina brzuszna bardzo często nie jest przesiękiem, lecz wytworem zapalenia surowiczego otrzewny, która powstaje niepostrzeżenie bez widocznej przyczyny, lub jak to twierdzą, u kobiet w następstwie przekrwień miesiączkowych lub utajonych zapaleń okołomacicznych.

Pewne kryteryum w tej mierze daje nam z jednej strony badanie chemiczne wypuszczonego płynu, gdyż jak wiadomo, większa ilość w nim białka i większy ciężar gatunkowy przemawiają za przyrodą zapalną, mniejsze zaś za przesączynową, z drugiej strony, badanie drobnowidzowe, kierujące się głównie ilością komórek śródbłonkowych, których obfitość wskazuje na obecność sprawy zapalnej. Dlatego też trzeba badać płyn z różnych rodzajów wodogłowia lub z różnych jego okresów i porównywać ze składem prawidłowego *liquoris cerebro-spinalis*. To nam wyjaśni częstokroć wątpliwość przyrody tej sprawy chorobowej. Tak n. p. w jednym przypadku kol. prelegenta rozbiór płynu wydobytego przekonywa nas, że wodogłowie po punkcyi dopiero stało się zapalne (*meningitis serosa*) a przedtem było przesączynowem.

Kol. Mars zwraca uwagę, że przekrwienie narządu płciowego, co przytoczył dla porównania kol. Korczyński, ma odmienne znaczenie niż w innych organach, gdyż części płciowe pod względem naczyniowym tak są zbudowane, iż do nawałów krwi okresowych, fizyologicznych są niejako przygotowane. Co się tyczy zapalenia otrzewny surowiczego (*peritonitis serosa*), to najczęstszą przyczyną u panien jest zdarzające się dość często dostanie się krwi miesiączkowej do jamy otrzewny z trąbek i to w tych przypadkach, gdzie działały szkodliwe wpływy podczas menstruacyi, przyczem system mięśniowy narządu płciowego został pobudzony. (Sprawozd. własne).

Kol. Cybulski zwraca uwagę, że ze stanowiska fizyologicznego płyny przesączynowe właściwie nie istnieją, każdy bowiem płyn t. zw. surowiczy, posiada właściwy sobie skład chemiczny, w różnych przypadkach nader odmienny i raczej może być uważany za swoistą wydzielinę danego narządu; takim jest *liquor cerebrospinalis*. Dlatego też dla wyjaśnienia przyczyn wodogłowia niezbędne byłoby badanie z jednej strony cieczy, z drugiej samych błon mózgowych i tylko na tej drodze spodziewać się można wyjaśnienia sprawy. (Sprawozd. własne).

Kol. Gluziński wyraża zdanie, iż zasada ogólna odróżniania płynów przesączynowych od zapalnych, jaką się kieruje w patologii, tu w zupełności zastósować się nie da, gdyż płyn wodogłowia nie ma cech ani jednych ani drugich, lecz odrębne, sobie właściwe, jak że zawiera białko, cukier i t. d.; dlatego też rozbiór chemiczny tylko da tu mało światła. Prawidła, jakie znamy dziś dla przesączyn, nie dadzą się wprost tutaj zastósować; trzebaby odrębnych badań ze zwróceniem uwagi na zmiany składu płynu w rozmaitych okolicznościach patologicznych, jak n. p. przekrwieniu czynnem, zastoinach, zapaleniach i t. p. (Sprawozd. własne).

Kol. Walentowicz wspomina o wodogłowiach u zwierząt, nadmieniając, że często krowy rodzą cielęta nietylko wodogłowe, lecz i dotknięte puchliną jamy brzusznej i tkanki podskórnej (*ascites* i *anasarca*), zwane przez Niemców: *Dunstkälber* lub *Wasserkälber*; płyn jest surowiczy, o nader małym ciężarze gatunkowym. (Sprawozd. własne).

Kol. Słapa wątpi, aby płyn w wodogłowiu mógł być uważany za swoistą wydzielinę mózgu, gdyż po wypuszczeniu dość szybko się zbiera, komórki więc nie byłyby w stanie wytworzyć go tyle. Wbrew przypuszczeniu kol. Korczyńskiego twierdzi, iż w tym przypadku kol. Jakubowskiego na sekcyi stanowczo nie znaleziono żadnych oznak zapalenia.

Kol. Cybulski wyjaśnia, że zbieranie się na nowo płynu po wypuszczeniu nie przeczy bynajmniej temu, iżby komórki go wytwarzały, ponieważ po wypuszczeniu zmniejsza się ucisk tkanki a więc poprawiają się warunki produkcyi.

Na tem posiedzenie zakończono, gdyż z powodu późnej pory odczyt kol. Rościszewskiego odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

†

V. Prof. Teodor Billroth.

Dnia 6. b. m. skończył Billroth swój żywot a żal ogólny odezwał się po tak wielkiej stracie dla nauki całego świata. Dzieła jego powszechnie są znane; z długiego szeregu prac jego wymieniam tylko ogólną chirurgię i rozprawę o *coccobacteria septica*, jako najważniejsze.

Wielką jego zasługę stanowi, że prócz wynalezienia, udoskonalenia i ustalenia niejednej nowej operacyi, zajmował się ogólnemi zagadnieniami patologii i chirurgii i przyczynił się dużo do wyszukania i utorowania nowych szlaków nauce naszej.

Prócz chirurgii był wielkim miłośnikiem i znawcą muzyki. W ostatniej swej chorobie, kiedy już tylko z trudnością mógł podejść do sali koncertowej, jeszcze w muzyce szukał ulgi dla swego cierpienia.

A były to cierpienia ciężkie, jak zwykle pod koniec choroby sercowej. Billroth sam je opisuje w liście noworocznym do przyjaciela swego Hanslika: *Mein armes, ganz erschlafftes Herz arbeitet so mühsam, die ihm zuströmende Blutwelle weiter zu befördern, dass ich sein Stöhnen fühle... Meine Kräfte sind zu Ende. Dann kommt die Digitalis-Peitsche! Lange kann das nicht mehr so fortgehen.*

Billroth urodził się na wyspie Rugii, w miasteczku Bergen 1829. r. Rodzice jego byli szwedzkiego pochodzenia a babka francuzką. Studya medyczne odbywał w Gryfii, Berlinie i Gietyndze. Po odbyciu podróży za granicę został asystentem u Langenbecka, zkąd go powołano na profesora chirurgii do Zurychu. W r. 1867. został powołany po śmierci Schuha do Wiednia i tak pokochał nową swoję ojczyznę, że nie przyjął zaproszenia do Berlina na katedrę po Langenbecku.

Umarł w Abbazyi, gdzie dość często szukał odpoczynku. Dziwnie się to jakoś złożyło, że tam właśnie umarł. Opisując tę miejscowość klimatyczną w początkach jej rozwoju jeszcze w r. 1885.. tak się odzywa Billroth: *Was meine persönliche Empfindung betrifft, so muss ich freilich sagen, dass es ein Lieblingswunsch von mir ist, auf einem Balkone mit dem Blicke aufs Meer und auf die Berge mich kommod zum Sterben zurecht zu legen und ruhig das allmälige Stillstehen meiner Maschine zu beobachten, bis die Träume beginnen, die uns ins Nichts hinüberführen. Das denke ich mir jedenfalls erträglicher, als mitten in der Stadt bei Fiakerrasseln und Tramwayklingeln in den letzten Stunden nach Luft zu ringen und dafür nur Dunst und Staub einzuathmen.* Tak więc przynajmniej co do miejscowości spełniły się jego życzenia.

Billroth był bardzo dobroczynnym i tak n. p. dodał około 50.000 złr. na wydoskonalenie urządzeń w *Rudolphiner-Haus*, również znacznie przyczynił się do powstania własnego domu Towarzystwa lek. wiedeńskiego.

Żal powszechny wywołała śmierć Jego; sława dobrze zasłużona pozostanie Mu na zawsze.

Kraków dnia 10. Lutego 1894. *Prof. Rydygier.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 15. Lutego 1894 r.

— Według najnowszych dat statystycznych jest w Paryżu 2208 lekarzy, zamieszkałych więcej w dzielnicach bogatych, niż ubogich. Jeden lekarz przypada przeto mniej więcej na 1000 mieszkańców, co jest znacznie mniej, niż w Krakowie, gdzie samych lekarzy cywilnych jest 2 ‰ ludności.

— Rechter i Legros próbowali do desinfekcyi mięszaniny gazowej Picteta t. j. mięszaniny w pewnym, oznaczonym stosunku bezwodnika kwasu siarkawego i bezwodnika kwasu węglowego, utrzymywanej w stanie płynnym pod ciśnieniem 3 ½ atmosfer w cylindrach z blachy stalowej, a użytej bez dodania pary wodnej. Z prób tych wypada, że użycie mięszaniny Pictetowskiej jest o wiele łatwiejsze, niż każdego innego środka przeciwgnilnego, że ciśnienie i działanie desinfekcyjne są znacznie większe, niż przy spaleniu siarki. Desinfekcya przeto mieszkań, ubrań, pościeli, mebli i t. d. odbywa się tą mięszaniną o wiele dokładniej, niż przez wycieranie i mycie rozczynem kwasu siarkawego. Dla dokładności desinfekcyi potrzeba, by w lokalach umyślnie do niej przeznaczonych ściany były powleczone parafiną, w mieszkaniach zaś wymagających przypadkowo desinfekcyi szpary i fugi w drzwiach zalepione papierem powleczonym gumą arabską.

— Przewodniczącym międzynarodowej Komisyi sanitarnej, która w dniu 7. b. m., jak wiadomo, rozpoczęła swe narady w Paryżu, jest Casimir-Périer, francuski minister spraw zagranicznych.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Genewa. Dr. Józef Profeta, profesor Wydziału lekarskiego w Palermo, mianowany zwyczajnym profesorem dermatologii i syfiligrafii. Kijów. Dr. A. Oboleński, profesor nadzwyczajny medycyny sądowej, mianowany profesorem zwyczajnym. Moskwa. Dr. Morochowicz mianowany profesorem fizyologii. Piza. Prof. Jan Chrzciciel Queirolo z wydziału lekarskiego w Genui, mianowany profesorem kliniki lekarskiej. Dr. A. Nannotti, mianowany docentem patologii chirurgicznej. Praga. Doc. prywatny oftomologii Dr. J. Deyl, mianowany profesorem nadzwyczajnym czeskiego Uniwersytetu. Valladolid. Prof. w Jantjago Antoni Simonena y Zabalegui mianowany profesorem kliniki lekarskiej. Bazylea. Profesor Bumm z Wircburga, mianowany następcą prof. Fehlinga na katedrze ginekoogii i położnictwa.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Chicago w Stanach Zjednoczonych półn. Ameryki zmarł nagle u jednego ze swych pacyentów w dniu 23. Stycznia b. r. Dr. Kazimierz Rewkowski. Liczył około 50 lat wieku. Pochodził z Litwy, służył w wojsku a następnie ukończył Wydział lekarski w Petersburgu. Jako lekarz odbył kampanię rosyjsko-turecką w r. 1877/8 i był następnie lekarzem powiatowym w Biłgoraju. Przed 9 laty przybył do Ameryki i osiadł w Chicago, gdzie zjednał sobie szacunek i wybitne stanowisko w tamtejszej kolonii polskiej tak, że nagły zgon jego wywołał żal powszechny. Nad mogiłą jego przemówił bardzo serdecznie Dr. Midowicz. — August Hirsch, znany profesor szczegółowej patologii i terapii tudzież historyi medycyny w Berlinie. — P. Peremejko, wysłużony profesor histologii i embryologii w uniwersytecie kijowskim. — F. Frankenhäuser, były profesor położnictwa i ginekologii w Zurychu.

Redakcya otrzymała:

Karol Rychliński: Anormalny pączek włókien nerwowych na dnie 4. komory. Warszawa 1894. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Sprawozdanie ze szpitali powszechnych w Galicyi z Krakowem za rok 1892. Lwów 1893.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 21. Lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem wygłoszone będą następujące odczyty: 1) kol. prof. Rydygier: *Z chirurgii żołądka i jelit* (z przedstawieniem chorych); 2) kol. prof. Rydel: *Kilka słów o mechanicznem leczeniu jaglicy* (z okazaniem narzędzia); 3) kol. prof. Walentowicz okaże rzadki przypadek promienicy; 4) Dyskusya nad odczytem kol. Rościszewskiego, odbytym na ostatniem posiedzeniu Tow. lek. krak.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 2114.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca Lutego b. r. 73—3—3

L. 1410. pr.

KONKURS.

Celem obsadzenia jednej lub więcej posad lekarzy powiatowych w randze IX. względnie X. klasy, ewentualnie posad asystentów sanitarnych w galicyjskiej służbie zdrowia, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem **do 1. Marca b. r.**

Kandydaci mają swoje podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymaganej rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. l: 37. Dz: ust: pań:, oraz w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci będący w czynnej służbie państwowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 7. Lutego 1894.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 24. Lutego 1894 r. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_5$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Towarzystwa ginekol. krakowskiego dnia 7. Listopada 1893 r.

Podał

Dr. M. Cercha,

b. I-szy asystent tejże kliniki.

Jakkolwiek włókniaki zaliczamy do najczęstszych nowotworów macicy, to przecież porody powikłane ich obecnością nie należą do zjawisk częstych. A może to i dobrze, że kobiety dotknięte tem cierpieniem nie zastępują, gdyż statystyka wcale nie zachęcające przedstawia wyniki tak dla matek, jak i dla dzieci. Przeszło 52⁰/₀ matek a 65⁰/₀ dzieci (Süsserott)[1]) ginie podczas porodu lub po nim z przyczyny tego niepomyślnego powikłania. W klinice prof. Madurowicza postrzegano w przeciągu roku, zatem mniej więcej na 350 porodów dwa razy włókniaki macicy. Przypadek pierwszy tyczył się osoby w 5. miesiącu ciąży, u której po otwarciu jamy brzusznej wyłuszczono włókniak. Kobieta ta poroniła w drugim tygodniu po operacyi, poczem nastąpiło wyleczenie. Przypadek ten opisał kol. Rosner[2]) i zestawił zarazem wskazania lecznicze podczas ciąży wobec włókniaków. Drugi przypadek tyczył się rodzącej pierwiastki. Ponieważ zdaniem mojem jest on ciekawym ze względu na przebieg porodu i połogu, przeto pozwolę sobie w krótkości pomówić o powikłaniu porodu i połogu włókniakami, uwzględniając ciążę o tyle, o ile to dla wyjaśnienia jest koniecznem. Na przebieg porodu i połogu chcę szczególną zwrócić uwagę tem bardziej, że gdy lekarz praktyczny, badając ciężarną mającą włókniaki, może dłużej zastanawiać się nad sposobem ich leczenia, może nareszcie zasięgnąć rady lekarza położnika, może wreszcie ciężarną odesłać celem odpowiedniego leczenia do zakładu położniczego, to nie zawsze może to uczynić podczas porodu, jeżeli jeszcze, jak się to u nas najczęściej dzieje na prowincyi, szukają jego pomocy dopiero ówczas, gdy położna widzi, że siłami natury poród ukończyć się nie może. Wtedy już nie ma czasu na długie zastanawianie się, nie można też rodzącej w daleką puszczać podróż pod opiekę lekarza położnika, bo nieraz nie godziny, ale minuty rozstrzygają o życiu matki i dziecka; wtedy lekarz, rad nie rad, zmuszony *periculo in mora*, winien z całą rozwagą przystąpić do działania mającego przynieść ratunek matce a czasem i płodowi. Jeżeli zaś, nie znając wskazań i warunków, nie poweźmie z góry obmyślanego planu, lub licząc za wiele na siły natury, biernie się zachowa, to często mija czas niepowetowany bezpowrotnie a z nim gaśnie życie dwojga istot. Radę więc dobrą musi mieć na zawołanie; stanowczość w rozstrzygnięciu, co i jak w danym przypadku czynić wypada? Ponieważ porody w tych okolicznościach nie są czemś zwykłem, przeto i sposoby postępowania ulatują z pamięci; to też sądzę, że opisanie takiego przypadku nie minie bez korzyści dla czytających.

A więc do rzeczy! Powiedziałem na wstępie, że porody powikłane włókniakami należą do rzadkich. A dla czego tak jest? Odpowiedź na to nie trudna. Wszak włókniaki są przyczyną niepłodności, jak to twierdzą zgodnie wszyscy autorowie. Nie tylko, że mechaniczną często stanowią dla ciąży przeszkodę, bądź to, że zmieniają znacznie kształt i kierunek jamy macicy, lub sprowadzają zmianę w położeniu macicy, bądź też, że nie pozwalają swobodnie rozwijać się macicy, ale co więcej, wywołują, szczególnie włókniaki podśluzowe i miąższowe, zmiany na błonie śluzowej, których następstwem są upławy i krwotoki.

Albo też znowu małe nowotwory mogą nie zwrócić na siebie naszej uwagi podczas ciąży i porodu, nie wywierając na tę sprawę żadnego wpływu szkodliwego; ztąd też porody te mimo obecności włókniaków uważamy za prawidłowe.

[1]) Süsserott. Inaugur. Dissert. Rostock 1870.
[2]) Rosner Al. Przegląd lekarski Nr. 39—41 1893.

Bo też, aby ocenić wpływ szkodliwy włókniaków na ciążę, poród i połóg, nie możemy wszystkich pod jednę podciągnąć miarę, lecz musimy powiedzieć, że wpływ szkodliwy zależy od wielkości i usadowienia się włókniaka.

Nowotwory podśluzowe i miąższowe większe wpływają prawie zawsze szkodliwie na ciążę, wywołując poronienie z groźnemi następstwami. Z zestawień Tołoczynowa [1]) wynika, że w 119 przypadkach ciąży nastąpiło 21 razy poronienie, Lefour [2]) zaś podaje, że na 307 przypadków było poronień 62. To też z takimi włókniakami podczas sprawy porodowej i połogowej rzadko się spotykamy; a ponieważ chodzi mi głównie o przebieg porodu, przeto nad tym rodzajem włókniaków, które raczej w ciąży leczyć wypada, przechodzę do porządku.

Inaczej rzecz się ma z włókniakami podsurowiczymi, czyli podotrzewnowymi. Kobieta cierpiąca na nie może zastąpić, może nawet i donosić do czasu, bo guzy te, zwykle tylko szypułą z macicą połączone, o tyle tylko wpływają na rozwój ciąży, o ile zajmując miejsce w jamie brzusznej, przyczyniają się do znaczniejszego powiększenia brzucha i wywołują u ciężarnej objawy podmiotowe, jak duszność, uczucie ciężkości, utrudnienie chodu, i t. d. Ależ tak zachowują się włókniaki podotrzewnowe wychodzące z dna lub z trzonu macicy. Powiększająca się macica wypycha je ku górze, nie doznając sama wielkiej przeszkody w swym rozwoju. Mamy jednak włókniaki podsurowicze i takie, co wychodzą z tylnej ściany trzonu macicy na granicy szyi, lub też punktem ich wyjścia jest tylna ściana szyi już pod otrzewną *(fibromata retrocervicalia)*. Te zazwyczaj nie zachowują się tak obojętnie podczas ciąży a szczególniej podczas porodu i nieraz dużo kłopotu sprawiają lekarzowi a niebezpieczeństwem grożą ciężarnej, rodzącej i położnicy.

Że podczas ciąży włókniaki nawet podsurowicze, w skutek znaczniejszego dowozu materyału odżywczego do części rodnych wraz z niemi ulegają szybszemu rozrostowi, rozpulchnieniu, to nie ulega wątpliwości, ale też przez powiększenie swej objętości stają się tem groźniejsze a zwłaszcza włókniaki wychodzące z tylnej ściany macicy, lub szyi, które już we wczesnych miesiącach ciąży mogą dostać się do zatoki Douglasa pod wzgórek kości krzyżowej, uledz tam zaklinowaniu i dać powód do wystąpienia groźnych objawów, jakie towarzyszą uwięźnieniu macicy ciężarnej i wszelkim jego następstwom. Same wtedy z powodu ucisku i zmiany w krążeniu mogą ulegać przemianom wstecznym, jak zropieniu, zgorzeli, które, nawet mimo pomocy odpowiedniej, kończą się niepomyślnie dla ciężarnej. O jednej jeszcze rzeczy zapominać się nie godzi a mianowicie, że tak jak w obec innych nowotworów w jamie brzusznej, tak też i w obec włókniaków podsurowiczych, spotykamy zadrażnienie otrzewny urazowe, (*peritonitis circumscripta traumatica*), którego następstwami są zrosty między włókniakami a macicą, lub też sąsiedniemi narządami jamy brzusznej. Że te zrosty podczas ciąży mogą tamować naturalny a prawidłowy wzrost macicy a tem samem w pewnym czasie stać się przyczyną poronienia, że one podczas porodu mogą niedopuścić leczenia polegającego na odprowadzeniu guza, to zaprzeczyć się nie da; nie znalazłem jednak nigdzie wyraźnie zapisanej tej okoliczności, że zrosty świeże, albo, co najmniej, rozpulchnione podczas ciąży mogą uledz i ulegają podczas cofania się guza z zatoki Douglasa nad wchód miednicy przerwaniu, skutkiem czego powstać może do jamy brzusznej w połogu krwawienie a raczej sączenie, które wprawdzie powoli i bez objawów ostrej niedokrewności może się stać bezpośrednią przyczyną śmierci. Że tak może być rzeczywiście, to najwymowniejszym dowodem będzie przebieg połogu w naszym przypadku.

Wprawdzie rozpoznanie takich zrostów nitkowatych jest podczas porodu trudne, gdy guz duży wklinowany jest do miednicy małej, a gdyby było możliwe, niezawodnie wpływałoby na leczenie. Zawsze jednak o takiem powikłaniu pamiętać trzeba, i gdyby się po porodzie w przebiegu połogu okazało, że mamy objawy przemawiające za sączeniem się krwi do jamy brzusznej, niechże owe zrosty przerwane przyjdą nam na pamięć a zabierzemy się do takiego leczenia, które daje rękojmię najpomyślniejszego wyniku t. j. do tamowania krwotoku po otwarciu jamy brzusznej. Jeszcze raz powtórzyć muszę, że o takich zrostach i o tem, że mogą uledz przerwaniu, jakkolwiek rzadko (Süsserott [1]) przytacza w swej rozprawie jeden przypadek Robinsona), pamiętać należy.

Jeżeli włókniaki podsurowicze podczas ciąży wpływać mogą tak szkodliwie na jej przebieg, to o ileż groźniejszy wpływ wywierają one podczas sprawy porodowej? Już to nam daje dobre wyobrażenie, gdy powiem, że według Süsserotta [1]) na 147 przypadków porodowych wykonano 61 razy zabieg operacyjny, co czyni prawie $41^1/_2\%$ a przecież zabiegi operacyjne podczas porodu nie są rzeczą obojętną. Przebieg porodu zależy naturalnie od miejsca usadowienia się guza a względnie od przeszkód, jakie stawia płodowi, czy to wprost przez wywołanie mniejszego lub większego stopnia niestósunku porodowego, czy też pośrednio, wpływając niepomyślnie na siły płód wydalające.

Tak jak w ciąży guzy tkwiące wysoko, wychodzące więc z okolicy dna macicy i luźnie z nią połączone najmniej przedstawiają niebezpieczeństwa, tak samo ten rodzaj guzów najmniej obaw budzi i podczas porodu. I nie ulega wątpliwości, że są i takie przypadki, gdzie mimo włókniaków poród przebiega prawidłowo, że lekarz nawet nie domyśla się ich obecności i dopiero po porodzie, gdy powłoki brzuszne stają się wiotkie, podatne a macica pomniejszy swą objętość, ze zdziwieniem przekonywa się o ich obecności i rozmiarach i stósunku do macicy. Ależ nawet i wtedy, gdy już leży niżej i podczas czynności porodowej macicy znajduje się we wchodzie, poród może ukończyć się siłami natury. gdy skurcze macicy, pociągając ku górze dolny odcinek macicy, wraz z nim usuwają z nad wchodu włókniak, który z tym odcinkiem w ścisłym zostaje związku lub gdy część poprzedzająca płodu pod wpływem bólów porodowych, które jeszcze w razie niestósunku zwykły się potęgować, stósując się do pomniejszonych przez guz wymiarów miednicy przecież się do niej wtłacza a włókniak z wchodu do miednicy dużej wysuwa (Spiegelberg, Hecker) [2]). Jeżeli guz leży w szyi macicy lub stanowi zgrubienie jednej z warg części pochwowej, wtedy płód posuwa guz aż przed części rodne i w ten sposób toruje sobie drogę na zewnątrz;

[1]) Tołoczynow. Wien. med. Presse Nr. 30. 1869.

[2]) Lefour: Des fibromes utérines au point de vue de la grossesse. Paris 1880.

[1]) Süsserott. Inaugur. dissert. Rostock 1870.

[2]) Spiegelberg: Arch. f. Gyn. V. p. 100, Hecker. Klinik d. Geburstb. H. p. 124.

to samo dzieje się z włókniakami podśluzowymi na szypułach; jeżeli szypuła jest długa, to guz rodzi się przed częścią poprzedzającą albo nawet szypuła może się oderwać, a wtedy rodzi się naprzód guz a potem bez przeszkód i płód. Takie przypadki opisali: Ramsbotham, Dubois, Depaul. Wreszcie włókniaki szyi macicy można podczas porodu wyłuszczyć przed urodzeniem się płodu. Dowodzą tego przypadki Danyaua [1]), Langenbecka [2]) i Braxton Hicksa [3]). Włókniaki mogą też w skutek rozpulchnienia i zmięknienia, jakiego w ciąży doznają pod wpływem silnych i długo trwających skurczów macicy, uledz przypłaszczeniu i w ten sposób uczynić możliwym poród naturalny.

Dopiero co opisany a pomyślny przebieg porodu powikłanego guzami włóknistymi nie zdarza się zawsze, lecz występują podczas pracy porodowej objawy groźne, które zmuszają nas do wkroczenia czynnego. I tak, włókniaki umieszczone w miednicy małej, które zmniejszają jej wymiary, wytwarzają zawsze niestósunek porodowy; siły macicy, chcąc przezwyciężyć przeszkodę, powiększają się i albo następuje tężec macicy, albo też bóle słabną zupełnie. W obydwóch razach następstwa są znane, to jest poród wcale nie postępuje, na czem cierpi i płód i matka. Matka zginąć może jeszcze przed porodem a to wskutek ciężkiej pracy porodowej (*Simpson)* tem łatwiej, jeżeli przedtem straciła dużo krwi, lub jeżeli narażona była na zabiegi operacyjne, które w takich razach niekiedy nie wychodzą po za granicę nieudałych prób. Pęknięcia macicy zwłaszcza, że miąższ jej w sąsiedztwie włókniaków często okazuje zmiany patologiczne, nie mogą być niespodzianką a powstają w obec położeń poprzecznych płodu, do czego usposabia obecność włókniaków (Nauss 16—21% położeń poprzecznych), jeżeli operator niezręcznie lub w niewłaściwym czasie przystępuje do obrotu. Największe i najczęstsze niebezpieczeństwo grozi matce z powodu krwotoków (*D'Outrepont*), które przy włókniakach podśluzowych bywają gwałtowne; przyczyną śmierci może być niedowład lub porażenie macicy zwłaszcza, jeżeli łożysko umieszczone było w tem miejscu, gdzie się znajdował nowotwór; tu bowiem miąższ nie może kurczyć się dobrze, z naczyń łożyskowych otwartych wylewa się krew strumieniem, krwotoku opanować nie możemy a matka ginie w naszych rękach. Takie przypadki usprawiedliwiają zabieg nawet tak ciężki, jak wycięcie macicy po otwarciu jamy brzusznej, lub wyjęcie jej przez pochwę (*Martin).* A czyż nie należy wspomnieć o wynicowaniu macicy i wynikających ztąd następstwach? Takie przypadki opisali Lambert, Oldham.

Takie to niebezpieczeństwa grożą matce podczas porodu, ale nawet z chwilą jego ukończenia lekarz nie może powiedzieć: zwyciężyłem! Nowe czekają w połogu niebezpieczeństwa matkę.

Osłabienie z utraty krwi podczas porodu i powtarzające się krwawienia mogą stać się przyczyną jej śmierci. Teraz już nie potrzeba dużej utraty krwi; lekarz wezwany nagle do umierającej ze zdziwieniem znajduje tylko niewielką plamę krwi na bieliźnie, ale już i ta ilość wobec znacznej poprzednio utraty wystarcza, aby wywołać objawy ostrej niedokrewności i porażenie serca. Ztąd dla lekarza nauka, że podczas połogu w takich okolicznościach trzeba oszczędzać każdej kropli krwi, bo utrata tej ilości, której u organicznie zdrowej kobiety nawet najbieglejszy lekarz nie pozna, zabija osobę niedokrewną. Rzadko tylko, ale przecież możebną jest rzeczą, że w połogu, kiedy w organizmie niewiasty odbywa się szybko zwijanie części rodnych i guzy ulegają pomniejszeniu i nie wywołują nadal żadnych przypadków. Takie przypadki, to prawdziwe białe kruki; szkoda niestety, bo to sposób idealny samoistnego uleczenia. Takie zejście opisali: Playfair i Löhlein. Tak się rzecz ma w razie guzów podśluzowych i śródmiąższowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Danyan: Gaz, d. Hôp. 42, 1851.
[2]) Langenbeck: Deutsche Klinik 1859. I.
[3]) Braxton Hicks. London obstr. Transact. XII p. 273.

II. Z pracowni Zakładu higienicznego w Krakowie.

Podał
Odon Bujwid.

Badanie próbek lodu dostarczanego do Krakowa.

Bakterye w ogólności, jak i bakterye chorobotwórcze nie giną wskutek działania ciepłoty niżej 0°; niektóre z nich zaś mogą, jak wiadomo, wytrzymać nawet bardzo silnie obniżoną. Frisch [1]) wykrył, że bakterye wąglikowe wytrzymują przez 4 godziny działanie —25,5 a przez 15 minut —111 C⁰. Prudden [2]) znalazł po 103 dniach bakterye duru brzusznego w wielkiej ilości (7300 w 1 c. sześć.) w wodzie zmięszanej z hodowlą tych bakteryj i następnie zamrożonej. Ja i Palmirski znaleźliśmy bakterye cholery w 10—15 dni po zamrożeniu przy —15—8 C⁰. Uffelmann [3]) znalazł bakterye cholery w wodzie rzecznej, zamrożonej przy 4—6 C⁰ po 20 dniach. Niektórzy badacze znajdywali w wodzie zanieczyszczonej ściekami po zamrożeniu bardzo nawet znaczne ilości bakteryj, jakkolwiek ilość ich po pewnym czasie zwykle zmniejszała się znacznie. Sądzićby można, że bakterye w razie powolnego zamarzania wody pozostają w wodzie w większej ilości, niż w lodzie, z takiej wody powstałym, podobnie jak się to dzieje z różnemi solami w wodzie rozpuszczonemi oraz z drobnemi cząstkami w niej zawieszonemi. Zamarzanie bowiem jako krystalizacya przy powolnym biegu dąży do usunięcia wszystkich materyj obcych z wnętrza kryształu. Wniosek ten znajduje potwierdzenie w wynikach badania wody wiślanej i lodu pod Krakowem. Gdy woda ta zawiera około 14—15 miligr. chlorków w litrze, lód w niej zawiera około 3 miligr. Również a nawet znacznie większem okazało się zmniejszenie liczby bakteryj wynoszące w wodzie około 600—800 w 1 c. sz., w lodzie zaś od 10—15 w równej ilości.

Kilka prób lodu poniżej wymienionych a dokonanych przeze mnie wespół z p. Maryszlerem i Birem wskazuje, że najczystszym jest lód z Wisły i Prądnika. Lód ze stawów podmiejskich jest bardzo zanieczyszczony.

Ilość badań do wysnucia stanowczych wniosków jeszcze nie wystarcza: z powodu raptownie nastałej odwilży nie mogliśmy dokonać więcej prób. W każdym razie widać, iż uzasadnionem było postanowienie komisyi sanitarnej krakowskiej dozwalające czerpać lód z Wisły powyżej ujścia ścieków i kanałów; tam bowiem jest on najczystszy.

[1]) Sitzungsberichte der Wiener Akad. der Wissensch. 1876.
[2]) Medic. Rec. 1887.
[3]) Centr. f. Bacteriol. 1893. Nr. 20. T. XIV.

Załączone zestawienie wykazuje cyfry otrzymane:

Data wykonania rozbioru w roku 1894.	Zkąd pochodzi próba	Wejrzenie wody z rozpuszczonego lodu	Ilość bakteryj w 1 c. sześc.	Chloru w litrze	Amoniak	Kwas azotowy	Mater. organ. w l trze
12. Stycz.	z Wisły powyżej ścieków	optycznie czysta	15	0,003	0	bardzo drobny ślad	0,010
12. Stycz.	z Wisły w pobliżu klasztoru	optycznie czysta	10	0,003	0	0	0,0C4
28. Stycz.	z Prądnika	czysta	100	0,004	0	—	—
—	ze stawu „Dyrekcyi“	mętnawa	150	0,011	ślady	—	—
4. Lutego	z ogrodu Botanicznego	mętnawa	350	0,008	wyraź. ślady	—	—
5. Lutego	ze stawu na „Zabłociu“	mętnawa	300	0,005	—	—	—

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Doepp[1]), Mayr[2]) i Bednař[3]), lekarze żłobków dziecinnych i większych szpitali dla chorób dzieci, oświadczają się też za przeważnem pochodzeniem kiły potomstwa od ojca. Doepp, który miał sposobność spostrzegania co roku około 100 noworodków dotkniętych kiłą dziedziczną, przypisuje ostatnią nie matce, lecz ojcu; Mayr, opierając się na 51 przypadkach, stanowczo twierdzi, iż kiłę przekazuje potomstwu ojciec, matka zaś zwykle pozostaje zdrową i niezakażoną; Bednař, posługując się pocztem 99 spostrzeżeń, utrzymuje też, iż kiła potomstwa rzadko pochodzi od matki, najczęściej zaś kiłowy ojciec przekazuje potomstwu swą chorobę.

Następnie przemawiające na korzyść ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej przypadki ogłoszone zostały przez Höldera[4]) (2 przypadki), Trousseaua[5]) (kilka przypadków), C. Henniga[6]), Berthéranda[7]), Ricorda[8]), Bidarda[9]), Maisonneuva i Montaniera[10]), Faura[11]), Robina[12]), Martinezy Sancheza[13]), Triedingera[1]), Tyler Smitha[2]), Balfoura[3]), Rineckera[4]) i Zeissla[5]). Z pośród wzmiankowanych przypadków wyróżnia się opisany przez Ricorda; tyczył się on zdrowej kobiety, która spłodziła dwoje dzieci kiłowych z kochankiem, dotkniętym drugorzędną kiłą; pomimo to wraz ze swym mężem pozostało nadal zdrowi i wolni od wszelkich objawów kiły. Putegnat[6]), jakkolwiek nie przytacza żadnego przez siebie spostrzeganego przypadku, oświadcza się wszakże w następny sposób o udziale ojca w sprawie przekazywania kiły potomstwu: *la transmission de la Syphilis à l'embryon par le père, repoussée par quelques observateurs, est une chose si évidente, que la nier c'est à nos yeux nier le soleil.* Diday[7]), przypisując kile matki przeważny wpływ w sprawie dziedziczenia kiły przez potomstwo, nie zaprzecza jednak temu, iż w wielu przypadkach kiła potomstwa pochodzić może od ojca; Hecker[8]) w 15 z 17 spostrzeganych przypadków napotykał zdrowe i wolne od objawów kiły matki. Zgodnie z ostatnim twierdzą Du Meric[9]) i Vidal de Cassis[10]); z 33 przypadków kiły dziedzicznej zebranych przez Du Merica w 13 matka pozostała zupełnie zdrową; Vidal zaś utrzymuje, jakoby wpływ zakażonego kiłą nasienia na jajko do takiego stopnia był szkodliwym, iż nietylko dzieci spłodzone za pomocą takiego nasienia, lecz nawet i te dzieci, które taż sama matka spłodzi później z innym zdrowym mężczyzną, zwykły rodzić się z objawami wyraźnej kiły (*l'hérédité par l'influence);* na poparcie swego zdania przytacza Vidal jedno spostrzeżenie; dotyczy ono pewnej wdowy, która poprzednio urodziła z kiłowego ojca dziecię zakażone kiłą dziedziczną, następnie zaś, wyszedłszy powtórnie za mąż za zdrowego męża i nie przedstawiając żadnych oznak kiłowych, wydała pomimo to na świat dziecko dotknięte kiłą dziedziczną. Zdaniem Hutchinsona[11]) ojciec najwięcej bywa winowajcą kiły dziedzicznej potomstwa; obok tego matka jednak też zaraża się od płodu. Engelhardt[12]) spostrzegał przypadek tyczący się zdrowej kobiety, z którą kiłowy ojciec spłodził dziecię dotknięte kiłą dziedziczną; w krótce potem miała ona z innym zdrowym mężczyzną dzieci zdrowe i wolne od objawów kiły. E. Vidal[13]) podaje opis trzech przypadków tyczących się lekarzy, dotkniętych kiłą, u których rodziło się potomstwo z objawami kiłowymi; matki zaś pozostały zdrowemi; Von Rosen[14]), opierając się na 13 własnych spostrzeżeniach, utrzymuje, iż kiłowy ojciec często prze-

[1]) Ph. Doepp. Notizen über das kais. Findelhaus v. J. 1830/33. Medic. prakt. Abhandlungen v. deutschen, in Russland lebenden Aerzten. Hamburg. 1835.
[2]) Mayr. Erfahrungen über angeerhte Syphilis. Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Aerzte 1851. I. pag. 248—253.
[3]) Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. Wien. 1853. IV. pag. 240.
[4]) Lehrb. d. venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. pag. 299.
[5]) L'Union médicale. 1852. II. pag. 457; Gaz. des hôp. 1855. 125; L'Union médic. 1857. 45.
[6]) Schmidt's Jahrbücher. 1852. LXXVI. pag. 375.
[7]) A. Berthérand. Précis des malad. vénériennes. Strassburg. 1852. pag. 331.
[8]) Ricord's Briefe über Syphilis. Berlin, 1851. XIII. Brief. pag. 90—91.
[9]) Gazette des hôpitaux. 1853. 113.
[10]) Traité des maladies vénériennes. Paris. 1853.
[11]) Gazette des hôpitaux. 1854. 90.
[12]) Mém. de la Société de biologie. Paris. 1854.
[13]) Martinez y Sanchez. Sur la syphilis héréditaire. Thèse. Paris. 1855. pag. 30.

[1]) Zeitschr. d. Wiener Aerzte. 1856. 21. pag. 83—84.
[2]) Journal f. Kinderkrankh. 1855. XXV. pag. 98—101.
[3]) Edinhourgh medic. Journal. 1856. October.
[4]) Würzburg. Abhandlungen. 1859. IX. pag. LVII.
[5]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1859; Keyfel. Syphilis congenita in Folge paternier Infektion. Inaug. dissert. München. 1876. pag. 15.
[6]) Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris. 1854. pag. 21.
[7]) Traité de la syphilis des nouveau-nés etc. Paris 1854. p. 106.
[8]) Verhandlungen d. Gesellsch. f. Geburtshülfe in Berlin. 1855. 8.
[9]) Lancet. 1855. N. 17; Journal f. Kinderkrankh. 1856. XXVII. pag. 444.
[10]) Vidal. Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. pag. 539 i następne.
[11]) Behrend's Syphilidologie. 1860. II. pag. 264—284; Études cliniques sur certaines maladies de l'oeil et de l'oreille, consécutives à la syphilis héréditaire. Paris. 1884. Aphar. XIV. pag. 232—233.
[12]) Sitzungsber. d. Riga'schen Gesellsch. d. prakt. Aerzte 5. November 1858.
[13]) Emil Vidal, de la syphilis congénitale. Thèse. Paris. 1860. pag. 75.
[14]) W. von Rosen. On afkowmet at syfilitiske og em genesen af den medfodte syfilis. Kjobenhavn. 1859. Obs. 1—5, 19, 22, 26, 27, 39, 40, 42 et 79.

kazuje swą chorobę potomstwu, matka zaś może pozostać zdrową i nie zakażoną. Zdania te podzielają Späth i Schauenstein[1]), Schott i Widerhofer[2]), Beyrand[3]), Steffen[4]), Wagner[5]), Parker[6]) i Schüller[7]), Koebner[8]). Wagner opisał 6 tego rodzaju przypadków, Parker kilka, Steffen trzy, Koebner dwa, inni zaś wymienieni autorowie, spostrzegali po jednym przypadku; Auspitz[9]) też skłania się ku zdaniu, iż kiła potomstwa pochodzi w przeważnej ilości przypadków od ojca.

Von Baerensprung[10]) szczegółowo rozpatruje sprawę przekazywania dziedzicznego kiły i przytacza wiele spostrzeżeń, które należy uznać za przekonywające; przypisując przyczynę kiły potomstwa przeważnie chorobie matki, nie odrzuca on bynajmniej wpływu ojca w sprawie dziedziczenia kiły; w 31 przypadkach spostrzegał, iż ojciec, który przebywał kiłę na krótki czas przed zapłodnieniem matki, spładzał dzieci, dotknięte objawami kiłowymi; choroba ojca nadto udzielała się i matce, jednocześnie z jej zapłodnieniem.

Przypadki kiły dziedzicznej u dzieci pochodzących ze zdrowych matek i chorych na kiłę ojców, spostrzegali też: Lorain et Prevost[11]) (2 przypadki), De Amicis[12]) (1 przypadek), Drysdale[13]) (4 przypadki), Möhl[14]) (1 przypadek), Ritter von Rittershain[15]) (17 przypadków), Molliere[16]) (3 przypadki), Beaney[17]) (kilka przypadków), Fraenkel[18]) (13 przypadków), Diday[19]) (2 przypadki), Gauster[20]) (kilka przypadków); obok tego po jednym opisali przypadki odnośne: Richard[21]), Parrot[22]), Brébant[23]), Kjellberg[24]), Violet[25]), Woronichin[26]), i Ammon[27]). Przypadki spostrzegane przez Lorain i Prevosta i Woronichina wyróżniały się wśród innych, ponieważ tyczyły się dzieci zrodzonych ze zdrowych matek i nawiedzonych bardzo rozległemi i poważnemi zmianami kiłowemi rozmaitych organów wewnętrznych i kości; w przypadku Woronichina ojciec dziecka zmarł, przedstawiając objawy cierpienia mózgowego.

[1]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1859. II. pag. 16.
[2]) Tamże. 1861. IV. pag. 213 i 236.
[3]) L'Union médicale. 1862. II. 66. pag. 427.
[4]) Klinik d. Kinderkrankheiten 1862. p. u Keyfela, l. c. p. 15.
[5]) Arch. d. Heilkunde. 1863; u Keyfela l. c. pag. 15.
[6]) Medical Times and Gazette. 1863. II. 679. pag. 6—8.
[7]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1864. VII. 2. pag. 3—20.
[8]) Koebner. Klinische und exper. Mittheilungen. Berlin. 1864. pag. 130—134; XVI. u. XVII. Fälle.
[9]) Wiener medizinische Presse. 1867. 6, 7.
[10]) F. von Baerensprung. Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. pag. 28.
[11]) Gaz. médicale de Paris. 1866. 49; 1867. 4.
[12]) T. De Amicis, Storia clinica e riflessioni su di un case di sifilide ereditaria con transucissione dal pedro al feto, senza infezione della madre. Napoli 1887.
[13]) Medical Times and Gazette. 1868. I. pag. 634; Arch. of dermat. 1877 pag. 373.
[14]) Memorabilien. 1868. XIII. 2; Schmidt's Jahrb. 1869. 4. pag. 38.
[15]) Jahrb. f. Pädiatrik. 1870. 1. pag. 5.
[16]) Annales de dermatologie, 1870. II. 6, pag. 414; 1871. III. 1. pag. 28—29.
[17]) J. G. Beaney. Constitutional syphilis. Melbourne. 1872. pag. 326—327, 337—341, Cases XCVI, XCVII i XCVIII.
[18]) Archiv für Gynaekologie. 1872. V. 1. pag. 1. u. ff
[19]) Annales de dermatologie 1874. V pag. 295—296.
[20]) Memorabilien 1875. XX. 12. pag 529—541.
[21]) Léon Richard. Etude sur l'hérédité dans la syphilis, etc., Thése Paris 1870. pag. 10.
[22]) Archives de physiologie. 1872. 3/5.
[23]) Bullet. de la Soc. médicale de Reims. 1873. 11.
[24]) Hygiea. 1874. 5. pag. 109—110.
[25]) Violet. Étude pratique sur la syphilis infantile. Paris. 1874. pag. 40.
[26]) Jahrb. d. Kinderheilkunde. 1875. VIII. pag. 109—112.
[27]) Klinik der Wochenbetter. 1876; p. u Keyfel'a, l. c. pag. 16.

Gamberini[1]), Pick[2]), Bricard[3]), Waldeyer i Koebner[4]), Guingout[5]), Volz[6]) i Woodmann[7]) są też zdania, że kiła ojca bardzo często przekazuje się potomstwu, matka zaś może pozostać zdrową i wolną od zakażenia kiłowego. Szwedzki syfilidolog Abelin[8]), polemizując z Oewrem, znanym zwolennikiem wyłącznego udziału matki w sprawie odziedziczania kiły, przytacza 7 przypadków, w których matka pozostała zdrową, przyczyną zaś kiły dziedzicznej potomstwa była kiła ojca. Lancereaux[9]) twierdzi, iż przekazywanie kiły od rodziców potomstwu jest zawsze następstwem zakażenia jajka, lub nasienia, skutkiem czego w zarodku powstają swoiste zmiany; zdaniem jego zakażona krew matki kiłowej bynajmniej nie zaraża płodu. Wymieniony autor kilkakrotnie spostrzegał kiłę dziedziczną u dzieci, zrodzonych z takich matek, które nigdy nie przebywały kiły. Kassowitza[10]) zaliczyć należy do rzędu zdecydowanych i gorliwych zwolenników pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca; zdaniem jego znaczna ilość przypadków potwierdza mniemanie, iż kobiety zdrowe i wolne od wszelkich objawów kiły, mogą rodzić dzieci dotknięte kiłą, już to w łonie matki powstającą, lub też wkrótce po przyjściu dziecka na świat objawiającą się; uważa on za dowiedzioną możliwość przeniesienia na płód jadu kiłowego za pośrednictwem plemników ojca kiłowego. W 76 przypadkach zebranych przez Kassowitza 43 razy matka okazała się zdrową, w pozostałych zaś 33 przypadkach była dotknięta kiłą.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Zdanie sprawy z oddziału dla chorób wenerycznych i skórnych lecznicy powszechnej we Lwowie.

Podał
Dr. Leon Kossak,
lekarz ordynujący tegoż oddziału.

Idąc za przykładem zakładów leczniczych, podaję do publicznej wiadomości lekarskiej zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób wyż wymienionego oddziału. Zanim jednak przystąpię do szczegółowego zdania sprawy, uważam za właściwe poznajomić szan. kolegów chociaż pobieżnie z lecznicą we Lwowie. Już nazwa sama wskazuje, że jest instytucyą leczniczą dla chorych ambulatoryjnie leczących się, ale wyłącznie dla ubogich chorych, ze statutami potwierdzonemi przez c. k. Namiestnictwo, subwencyonowana przez Wysoki Wydział krajowy i Świetną Reprezentacyę miasta Lwowa. Instytucyę tę założyło grono lekarzy specyalistów, powodowane chęcią udzielania pomocy lekarskiej wyłącznie biednym chorym bezpłatnie i nazwało lecznicą. (Zakłady tego rodzaju a jest ich już sporo za granicą, w miastach uniwersyteckich, gdzie są kliniki — poliklinika zwane).

[1]) Gior. ital. d. mal. veneree. 1869. Juni. pag. 321—329.
[2]) Arch. f. Dermatologie und Syphilis. 1870. II. pag. 251.
[3]) De la transmission de la syphilis du père à l'enfant etc. Thése. Paris. 1871. pag. 10.
[4]) Virchow's Archiv. 1872. LX. pag. 365.
[5]) Gaz. des hôpitaux. 1873. 115.
[6]) Aerztliche Mittheilungen aus Baden. Karlsruhe. 1873. 7.
[7]) Edinb. medical Journal. 1874. August.
[8]) Nord. medic. Arkiv. 1872. IV. 27. pag. 1—20.
[9]) Traité hist. et pratique de la syphilis. Paris. 1874; rosyjski przekład prof. Tarnowskiego. 1876. str. 641 i 643.
[10]) Kassowitz Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1876. pag. 24 i następne.

Lekarzy ordynujących jest 25; każdy więc dział chorób zastępuje kilku lekarzy. Ordynacye odbywają się każdego dnia, wyjąwszy niedziele i święta, od 8. godziny rano do 2. po południu, we wynajętem pomieszkaniu przy ulicy Wałowej l. 15.[1]) składającem się z czterech sal ordynacyjnych, obszernej sali operacyjnej, sali posiedzeń, czytelni i biblioteki, z trzech poczekalni dla chorych i pomieszkania dla dozorcy.

Od czasu założenia lecznicy, t. j. od Maja 1886. do tej chwili, udzielono porady lekarskiej na wszystkich oddziałach przeszło s t u t y s i ę c y chorych ubogich, nie tylko więc z miasta Lwowa lecz i z okolicy. Z ksiąg wpisowych również przekonać się można, że notowane są też setki chorych, którym z przyczyny podszywania się pod ubóstwo odmówiono raz na zawsze porady lekarskiej. Tu nadmienić muszę, że chorzy z receptami z lecznicy doznają pewnych upustów i zniżeń cen leków i opatrunków, zdaje mi się, we wszystkich aptekach we Lwowie.

Z chorobami wenerycznemi i kiłowemi nie ordynowano wszystkim zgłaszającym się, gdyż stósownie do statutów wykluczeni byli stanu wolnego wyrobnicy dzienni, osoby zajęte pielęgnowaniem dzieci, sprzedażą artykułów żywności, i w ogóle ci, którzyby narazić mogli najbliższych w otoczeniu na niebezpieczeństwo udzielenia choroby zakaźnej. Wykluczone były dalej prócz zapisanych urzędownie prostytutek kobiety wolne, jakoto szwaczki, praczki, pokojówki itp. najczęstsze reprezentantki prostytucyi tajnej i główne źródło infekcyj; te odsyłano wprost do szpitala.

Pozostała tedy najuboższa klasa rzemieślników, przeważnie czeladników, krawców, szewców, murarzy, ślusarzy, stolarzy, blacharzy, dalej ubodzy oficyaliści prywatni, dozorcy, dyetaryusze i t. p.

Na oddziale wener. skórnym ordynuje prócz sprawozdawcy kol. Tatarczuch; każdy z nas po 3 razy tygodniowo i prowadzi osobne księgi wpisowe, w których są wymienione: liczba bieżąca, imię i nazwisko, wiek, mieszkanie i zatrudnienie chorego, rodzaj choroby i leczenie.

Sprawozdania osobne o chorych wenerycznych i skórnych przedkłada się za pośrednictwem fizyka miejskiego regularnie co miesiąc właściwemu wydziałowi c. k. Namiestnictwa. Również w myśl najświeższego reskryptu Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 21. Października 1893. do L. 23612. będą na przyszłość lekarze ordynujący wspomnianego oddziału zawiadamiali fizyka miasta o chorych ze świerzbem, liszajem żrącym, ze strupieniem wyłysiającym i t. p.

Sprawozdanie niniejsze obejmuje chorych: *a)* wenerycznych i kiłowych, *b)* z chorobami narządów płciowych w ogóle, *c)* z chorobami skórnemi.

Co do sprawozdania o chorobach skórnych, zwracam uwagę, że nie trzymałem się z umysłu żadnego systematu co do podziału w nim chorób; byłoby to bowiem bez celu, lecz idąc od najwyższych do najniższych liczb we frekwencyi chorych, starałem się już tem samem uwydatnić stósunek liczbowy różnych chorób, które się wydarzają w ubogiej klasie ludności.

Przedłożone sprawozdanie oddziału wenerycznego i skórnego obejmuje chorych od czasu założenia lecznicy t. j. od Maja 1886. do końca roku 1893. a liczba ich dochodzi blizko do d z i e s i ę c i u t y s i ę c y.

a) Choroby wyłącznie weneryczne.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Urethritis blennorrh. acut et chron. sine compl.	1441	13	—	1454
Urethritis blennorrh. cum funiculitide ac epididymitide	252	—	—	252
Balanoblennorrhoea	135	—	—	135
Blennorrhoea cum cystitide	84	1	—	85
Urethrit. blennorrh. c. lymphadenitide	67	—	—	67
Cystitis chronica post blennorrh.	58	—	—	58
Urethrit. blennorrh. c. prostatide chr.	37	—	—	37
„ „ c. strictura	34	—	—	34
„ „ c. abscessu periur.	24	—	—	24
„ „ c. arthritide	7	—	—	7
„ „ c. endocardit.	2	—	—	2
Cystopyelitis p. blennorrhoeam	8	—	—	8
Ulcus venereum (ulcus mol.)	381	17	—	398
Ulcus mol. c. adenitide	148	3	—	151
„ „ c. phimosi	62	—	—	62
„ „ subsq. perforat. frenuli	61	—	—	61
„ „ c. paraphimosi	14	—	—	14
„ „ c. gangraena	9		—	9
Chancre mixte (Rollet)	7	—	—	7
Ulcus indurat. (lueticum) initiale	315	47	—	362
Syphilis recens (secundaria)	357	114	—	471
„ tertiaria	106	51	—	157
„ congenita	—	—	20	20
„ haeredit. tarda	3	7	—	10
Cachexia syphilitica	2	—	—	2
Syphilophobia	18	2	—	20

b) Choroby organów płciowych w ogóle.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Balanitis	220	—	—	220
Balanopostheitis	160	—	—	160
Herpes praeputialis	142	—	—	142
Condylomata accuminata	133	4	—	137
Excoriationes ad pudenda	98	—	—	98
Pollutiones	93	—	—	93
Onania	81	—	—	81
Prostatorrhoea	36	—	—	36
Neurastenia sexualis	32	—	—	32
Varicocele	28	—	—	28
Paraphimosis	26	—	—	26
Phimosis congenita	26	—	—	26
Ruptura frenuli	16	—	—	16
Hydrocele chron.	10	—	—	10
Spermatorrhoea	8	—	—	8
Phosphaturia	8	—	—	8
Impotentia coeundi psych. (relat.)	8	—	—	8
Neuralgia spermatica	5	—	—	5
Retentio urinae	4	—	—	4
Incontinentia vesicae in marantico	4	—	—	4
Tuberculosis testis	2	—	—	2
Neoplasma vesicae	1	—	—	1
* Observatio	14	—	—	14
Sine morbo venereo ac cutaneo	45	—	—	45

* Zanotowani chorzy, którzy szczególny raz jawili się w lecznicy a u których rozpoznania od razu na pewne zrobić nie było można.

[1]) Zakupno własnego domu na lecznicę, jest już w projekcie.

c) Choroby skórne.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Eczema acut. et chron.	468	359	68	895
Scabies	398	180	165	743
Ulcera cutanea	104	82	4	190
Herpes tonsurans	77	56	14	147
Furunculosis	108	28	8	144
Psoriasis vulgaris	71	60	5	136
Pseudoerysipelas (Phlegmone)	66	63	—	129
Comedones	79	34	—	113
Puritus cutaneus	64	47	—	111
Erythema (calor., tox., traum.)	54	42	11	107
Favus	51	24	26	101
Acne vulgaris	71	26	—	97
Prurigo	42	22	26	90
Verruca	62	24	4	90
Pityriasis versicolor	38	49	—	87
Abscessus	61	20	2	83
Seborrhoea	20	17	40	77
Herpes zoster	52	19	2	73
Congelatio	43	13	13	69
Acne cachecticorum	57	10	—	67
Scrophuloderma	19	13	34	66
Pediculi pubis	66	—	—	66
Lupus vulgaris	26	28	4	58
Urticaria	36	20	—	56
Combustio	26	25	2	53
Herpes facialis	36	15	1	52
Hyperidrosis	38	14	—	52
Erythrasma	46	—	—	46
Sycosis (folliculitis barbae Köbner)	40	—	—	40
Clavi	23	16	—	39
Pediculi vestimentorum	15	17	2	34
Alopecia symptomatica	19	13	—	32
Pediculi capitis	15	12	5	32
Erysipelas	14	16	—	30
Impetigo contagiosa	15	1	8	24
Erythema exsudativum multforme	13	10	—	23
Lupus erythematodes	12	8	—	20
Alopecia praematura	20	—	—	20
„ areata	14	4	1	19
Acne rosacea	10	9	—	19
Tylosis	14	2	—	16
Alopecia pityrodes	6	9	—	15
Exanthema post medicamenta	4	11	—	15
Sycosis parasitica (Mentagra)	14	—	—	14
Ephelides	3	11	—	14
Lichen scrophulosorum	4	4	2	10
Moluscum contagiosum	3	7	—	10
Ichthyosis	6	2	1	9
Carcinoma	5	3	—	8
Purpura scorbutica	6	1	—	7
Chloasma uterinum	—	7	—	7
Naevi	3	2	1	6
Erythema nodosum	2	3	—	5
Leucoderma acquisitum (Vitiligo)	2	3	—	5
Angioma	1	2	1	4
Atheroma	3	1	—	4
Leucopathia cong. (Albinismus part.)	1	1	2	4
Pemphigus vulg.	4	—	—	4
Ecthyma cachecticorum	—	—	3	3
Lipoma	3	—	—	3
Striae atrophicae	—	3	—	3
Lichen pilaris	—	—	2	2
Peliosis	2	—	—	2
Elephantiasis	2	—	—	2
Fibroma molluscum	2	—	—	2
Keratosis palm. et plant. pedis	2	—	—	2
Plica polonica	1	1	—	2
Rhinoscleroma	1	1	—	2
Tuberculosis cutis	1	—	1	2
Lichen ruber planus	—	2	—	2
Carbunculus	2	—	—	2
Lymphangioma	—	1	—	1
Pityriasis rubra	—	1	—	1
Epidermolysis haereditaria (Köbner)	—	1	—	1
Hypertrichosis	1	—	—	1
Xeroderma pigmentosum	—	—	1	1

Zestawienie.

Leczono mężczyzn 7401, kobiet 1725, dzieci 506. Razem 9632.

	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci	Razem
Chorych wyłącznie wenerycznych	3632	255	20	3907
Z chorobami organów płciowych	1200	4	—	1204
Z chorobami skórnemi	2569	1466	486	4521

Przedłożywszy powyższe sprawozdanie, chciałbym dać jeszcze krótki pogląd na leczenie i to wyłącznie u chorych kiłowych. Z góry spodziewać się należy, że najuboższa klasa ludności z temi chorobami, znajdująca się w okolicznościach najniekorzystniejszych tak pod względem pomieszkania, jakoteż odzienia i odżywiania się, dalej, przeważna część tych chorych mniej lub wcale nieinteligentnych, niepojmująca doniosłości swej choroby a często zadowolona już, gdy wrzód i w ogóle powstały objaw jaki pierwotny zagoi się lub wysypka na skórze zniknie, tej więc kategoryi chorzy nie chętnie lub wcale nie poddają się leczeniu środkami wewnętrznymi, leczeniu wcieraniami, kąpielami, nakadzaniami i t. p. „Chory ubogi wcierać nie ma gdzie a pigułek lub maści nie ma kupić za co“. Te słowa często słyszałem od chorych szukających pomocy lekarskiej w lecznicy. Korzystałem więc przeważnie z leczenia zapomocą wstrzykiwań rtęci i przekonałem się, że ten sposób leczenia u ambulatoryjnie leczących się, szczególnie zaś dla chorych ubogich, odpowiada najbardziej celowi i zająć powinien w terapii pierwsze miejsce przed każdym innym sposobem leczenia.

Wstrzykiwania robiłem przetworami rtęci rozpuszczalnymi i nierozpuszczalnymi a mianowicie 1) roczynem sublimatu (Lewina) 2) rozczynem subl. (Łukasiewicza) 3) rozczynem *hydrg. succiminid. c. cocain* (Wolfa) 4) *hydrg. sozojodolico* (Schwimmera). 5) *hydrg. oxyd. flav.* (Watraszewski) 6) *calomelano* (Neisser-Balzer) 7) *hydrg. salicylico* (Szadek).

Liczba chorych, u których używałem injekcyj, wynosiła 156; z nich u 20 rozczynami rozpuszczalnymi, u 136 zaś zawiesiną przetworów nierozpuszczalnych. Razem zrobiono około 1720 infekcyj. Zalety wstrzykiwań według moich spostrzeżeń są następujące:

a) Sposób leczenia wstrzykiwaniami jest prosty, dla chorego nie uciążliwy, nie wymaga wiele zachodów w porównaniu z leczeniem innem.

b) Przy wstrzykiwaniach mniej spostrzega się przypadków ślinotoku i zapaleń jamy ust, niż przy wcieraniach.

c) Również mniej spostrzega się przypadków zboczeń ze strony przewodu pokarmowego, niż to dzieje się przy pigułkach i proszkach.

d) Ilość i rodzaj leku wprowadzamy injekcyami pewniej, łatwiej i szybciej do krwi, aniżeli wcieraniami przez skórę, lub pigułkami i proszkami, przez przewód pokarmowy.

e) Wstrzykiwania działają nie tylko rychlej, ale i energiczniej, aniżeli wcierania lub podawanie rtęci wewnętrznie.

Zdaje mi się, że spostrzeżenia moje, o ile miałem sposobność rozpatrzenia się w literaturze sobie dostępnej we właściwych pismach, co do wymienionych zalet injekcyj, nie stają w sprzeczności z spostrzeżeniami innych autorów; nie można wszakże przemilczeć różnicy, jaka zachodzi między injekcyami przetworów rozpuszczalnych a nierozpuszczalnych. Różnica ta uwydatni się najlepiej, gdy przypatrzymy się i ujemnym stronom injekcyj w ogóle, jak 1) ból 2) nacieki i ropnie, 3) zapisanych kilka przypadków, które po injekcyach zakończyły się śmiercią.

Co do pierwszego zdaje mi się, że ukłócie igłą nie będzie wchodzić w rachubę, lecz tylko ból wywołany przez wstrzyknięcie przetworu rtęci. Z przetworów nie rozpuszczalnych, które wstrzykiwałem, sprawiały ból największy sozojodolan rtęciowy i kalomel, mniejszy tlenek rtęci żółty, a najmniejszy salicylan rtęciowy.

Z przetworów rozpuszczalnych, roczyn sublimatu (Łukasiewicza) bodaj, czy nie najdotkliwszy sprawia ból, mniej roczyn Lewina, lecz injekcyj Lewina potrzeba co najmniej 20 i więcej, i to musi wejść również w rachubę. Najmniej bolesny roczyn Wolfa z kokainą.

Ból jednak nie może być argumentem przeciw wstrzykiwaniom; jest bowiem objawem względnym, u jednego chorego więcej, u drugiego mniej dotkliwy, u wszystkich jednak po 3—7 dniach ustępuje prawie zupełnie.

Co do drugiej okoliczności t. j. nacieków, wiadomo najpierw, że nie zawsze powstają nacieki; wiadomo też, że mniej powstają po przetworach rtęci rozpuszczalnych, w końcu, że jeżeli powstają, to w przeważnej części ulegają wessaniu. Bardzo mała tedy ilość pozostała jeszcze, może przejść w krótkim czasie po injekcyi w ropień, lub przetwór rtęci nierozpuszczalny może otorbić się (*Kaposi*) i po pewnym czasie dopiero wywołać zboczenia i ropnie. Na szczęście i tego rodzaju przypadków spostrzegano mało. Co zaś do ropni powstałych w krótkim czasie po injekcyi, to dzięki postępowi w technice wstrzykiwań i antyseptyce dziś już o nich prawie nie słychać. Na tysiąc kilkaset injekcyj nie miałem ani razu ropnia.

Pozostała jeszcze 3. ujemna strona injekcyj a tą jest obawa z powodu zapisania kilku przypadków śmiertelnych, które istotnie, jak miecz Damoklesa wiszą nad tą metodą leczniczą.

Przypadki te aż nadto omówione w pismach zawodowych i każdy interesujący się tą sprawą wyrobił sobie zdanie o nich; ja stwierdzam tylko, że mimo ogłoszenia tych przypadków metoda ta lecznicza nie tylko, że nie ostygła, lecz przeciwnie do tego stopnia się rozszerzyła, że uzyskała sobie prawo obywatelstwa na całej kuli ziemskiej; robi się więc obecnie tyle injekcyj, jak nigdy przedtem, a mimo to już dawno nie czytałem o żadnym świeżym przypadku śmiertelnym. A gdyby nawet i wydarzył się? Czyż taki przypadek sprawiony jakiemiś nieprzewidzianemi powikłaniami może stanąć naprzeciw tysiącom i tysiącom injekcyj z dobrym skutkiem?

Skreśliwszy więc zalety i niekorzyści leczenia wstrzykiwaniami rtęci, kończę na tem niniejsze sprawozdanie, ze zamiarem podania w przyszłości wyniku tego leczenia u chorych z lecznicy, którym robiłem injekcye i którzy pozostawać będą przez czas dłuższy w mej obserwacyi.

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Dr. Leon Wachholz: **O oznaczeniu wieku ze zwłok na podstawie kostnienia główki kości ramiennej.**

Oznaczenie wieku ze zwłok uważa autor za możliwe i pewne jedynie na podstawie znamion anatomicznych, pojawiających się stale w pewnym wieku w organizmie ludzkim. Najprzydatniejszym do oznaczenia wieku okazał się kościec a względnie przebieg kostnienia części składowych kośćca. Autorowie, jak Henle, Langer, Toldt i Hofmann, którzy zajmowali się temi badaniami, doszli do wcale dobrego wyniku, bo umożliwili rozpoznanie wieku ze zwłok, od 1. do 25. roku życia. W okresie od 25. do 40. roku nie znaleziono dotąd znamion, na podstawie których możnaby oznaczyć wiek ze zwłok ludzkich.

Autor zajął się badaniem przebiegu kostnienia główki kości ramiennej. Przeszukując dostępną sobie literaturę przekonał się, że prawie jedynym autorem, który zwrócił uwagę na jej zachowanie się, był Hofmann i to przy sposobności procesu Tisza-Eszlarskiego. Już dawno wykazano, że chrząstki pośrednie, oddzielające w kościach długich przyrostek od trzonu, zanikają z wiekiem; jednak co do oznaczenia jego wieku, autorowie dotąd zgodzić się nie mogli, a to jak Hofmann podaje, z powodu, że nie uwzględniali wpływów, zdaniem jego ważnych, jak płeć, narodowość, wzrost i stósunki indywidualne. Na podstawie zbadania 200 główek kości ramiennej z tyluż zwłok obojej płci, głównie w zakładach wiedeńskich, a po części w zakładach krakowskich, dochodzi autor do przekonania, że główka kości ramiennej dostarcza cennych znamion wieku a mianowicie: obecność chrząstki na zewnętrznym brzegu przekroju oznacza u ludności wiedeńskiej okres życia u mężczyzn do 16 lat, u kobiet do 14; obecność chrząstki pośredniej na przekroju oznacza u mężczyzn okres do lat 19, u kobiet do 15. Częściowo chrząstka ta utrzymuje się u mężczyzn do 21., u kobiet do 18. roku, poczem i reszta ta zanika. Utkanie kostne bywa między rokiem 15. a 16. w części przyrostkowej u obojej płci miękkie, o małych przestworach szpikowych; trzon kości przeciwnie utkany jest twardo, o przestworach szpikowych regularnych. Już od 20. roku życia utkanie to w zewnętrznej połowie przyrostka jest u obojej płci siatkowate i podobne do utkania trzonu. Między 20. a 25. rokiem u obojej płci utkanie przyrostka okazuje budowę promienistą, na co już Hofmann zwrócił uwagę. Powyżej lat 30, czasem już i wcześniej, zaciera się różnica utkania między trzonem a przyrostkiem. Około 17. roku u mężczyzn a 15. u kobiet powstaje zwykle nad chrząstką pośrednią blaszka kostna, która po zaniku chrząstki pośredniej stanowi przez szereg lat naturalną granicę między trzonem a przyrostkiem.

Różnice w zabarwieniu przyrostka a trzonu spotyka się najczęściej u obojej płci między 20. a 30. rokiem życia. Można ją jednak znaleść poniżej 20. i powyżej 30. lat. Rozszerzenie się jamy szpikowej z głębi trzonu ku górze stanowi nową a cenną cechę dla wieku od 30. do 35. roku u mężczyzn, od 28. wyżej u kobiet. U mężczyzn powyżej 35 lat sięga jama szpikowa aż do połączenia trzonu z przy-

rostkiem. Ponad to mogą służyć do ocenienia wieku jako środek pomocniczy stosunki wymiarów między szerokością a wysokością przyrostka, które w latach powyżej 30 są wyższe, niż poniżej 30, co się tłómaczy tem, że przyrostek wzrasta na szerokość ciągle z biegiem lat, na wysokość zaś tylko, dopóki istnieje chrząstka pośrednia. Cechy te odnoszą się do osób zamieszkałych w Wiedniu, których średni wzrost wynosi u mężczyzn 164 cm., u kobiet 155 cm.; dla ludności krakowskiej cechy te są o tyle różne, że całkowity zanik chrząstki pśredniej następuje nieco później i to u mężczyzn około 23., u kobiet około 19. roku. Wartość tych cech wypróbował autor na wielu przykładach, z których kilka podaje.

Co do wpływów, które działają na rozwój kośćca a tem samem i na rozwój kości ramiennej, autor uważa wpływ płci za przeważający. Nie ulega wątpliwości, że kobieta płciowo o wiele wcześniej się rozwija, niż mężczyzna. Kobieta zaś płciowo rozwinięta, musi mieć kościec przygotowany do tak ważnych czynności fizyologicznych, jakiemi są ciąża i poród a więc można powiedzieć, że rozwój płciowy i fizyczny postępują równocześnie.

Niedokształcenie części płciowych (*hypoplasia*), stanowi przyczynę wolniejszego rozwoju kośćca; przekonał się o tem już Paltauf, badając zwłoki 53-letniego pomocnika kowalskiego, którego części płciowe odpowiadały pod względem rozwoju częściom płciowym dziecka. U mężczyzny tego części przyrostkowe kości miednicy nie były jeszcze spojone z trzonami mimo późnego wieku. Autor przekonał się o tej zależności, która zdaje się, że zachodzi między rozwojem kości a części płciowych, w kilku przypadkach, odnoszących się do zwłok kobiecych.

Wpływu narodowości autor nie zdołał wykazać stanowczo; na zasadzie jednak badań innych autorów, aczkolwiek między sobą sprzecznych, nie może mu odmówić znaczenia. Badając zwłoki mieszkańców Wiednia i Krakowa, autor twierdzi stanowczo, że kostnienie u mieszkańców wiedeńskich postępuje szybciej, niż u krakowskich. U mieszkańców Wiednia różnej narodowości, jako to: niemieckiej, włoskiej, czeskiej, nie znalazł różnic w przebiegu kostnienia; nie przypisuje więc narodowości wpływu, lecz uważa wielkość miasta za decydującą a mianowicie o tyle, że o wiele więcej sposobności do wcześniejszego rozbudzenia popędu płciowego nastręcza wielkie miasto a równocześnie postępuje prędzej rozwój narządu płciowego. Ten wczesny rozwój płciowy uważa autor za jedną z głównych przyczyn, dla której u mieszkańców Wiednia wcześniej pojawiają się te same zmiany w budowie górnego odcinka kości ramiennej, niż u ludności naszej.

Z innych wpływów roztrząsa autor wady rozwojowe kośćca, w szczególności karłowatość. Autor trzyma się podziału Kundrata, który rozróżnia dwojakiego rodzaju karłowatość, mianowicie jeden rodzaj, który odznacza się prawidłowym postępem kostnienia i obejmuje przypadki nieprawidłowo małego wzrostu, jako następstwo wpływu rasy n. p. u Buszmanów, Hotentotów, szczepów Akka i Wambutti, lub jako następstwo wadliwego odżywienia, nierozwoju, wrodzonych zboczeń ośrodków nerwowych, n. p. mikrocefalii i t. d. Drugi rodzaj powstaje skutkiem zboczeń chorobowych kostnienia; tutaj oznaczenie wieku na podstawie wyżej wymienionych zmian jest niemożliwe, albowiem u karłów takich chrząstka pośrednia nie zanika do późnej starości.

W końcu autor mówi jeszcze o wpływie wzrostu i długich chorób wyniszczających. U osób wzrostu średniego kostnienie pierwej się kończy, niż u osób wzrostu wysokiego.

Co do chorób wyniszczających, n. p. przewłocznego ropienia, to zdaje się, iż one powstrzymują u osób młodych rozwój kośćca i opóźniają zanik chrząstek pośrednich, co zresztą już wynika z analogii w rozwoju paznogci, wstrzymywanym przez ciężkie choroby. *(Rozprawy Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie. Tom XXII. 1894).* *H. H.*

Odontologia.

J. Busch: **O torbielach zębów i ich leczeniu.**

Z trzech przypadków, które B. obserwował, dwa tyczyły się szczęki dolnej, jeden szczęki górnej. Dwa z nich są istotnie dość interesujące, trzeci liczyć można do zwykłych.

W pierwszym utworzył się guz na szczęce dolnej, który rosnąc zwolna i wśród małych tylko bólów, doszedł do wielkości pięści. Razu pewnego przy gryzieniu orzecha kokosowego chory uczuł trzask kości i ból gwałtowny. Nastąpiło złamanie szczęki z przyczyny cienkich ścian kostnych, wielkością torbiela wywołanych.

W rzędzie zębów zupełnie zdrowych, ząb drugi trzonowy szczęki dolnej po stronie lewej, przedstawiał się odmiennie i niezupełnem dokształceniem i barwą różnił się od innych. Po wyjęciu go, można było z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, ze względu na zanikłe jego korzenie, że był punktem wyjścia całego cierpienia. Nacięcie ścian torbiela i założenie szyny kauczukowej dla podtrzymania odłamków, przywróciło zdrowie choremu, który po dwóch miesiącach zakończył leczenie. Co się tyczy torbiela szczęki górnej, to ten długo uważano za ropień w jamie Highmora, wskutek czego chory niesłusznie postradał kilka zębów, a punkcye w celu rozpoznania nabawiły go mocnego zapalenia okostnej. Po wyjęciu zęba trzonowego pierwszego i nacięciu torbiela nastąpiło zupełne wyzdrowienie. B. poleca, aby w torbielach zębowych nie wycinać nigdy ścian torbiela, zadawalniając się jedynie nacięciem, wypuszczeniem treści, wyskrobaniem i wytamponowaniem gazą jodoformową. *(Aerztlicher Central-Anzeiger. Wien. 10. December 1893. Nr. 35.*

Dr. Łepkowski.

Farmakologia.

L. Stubenrauch (w Monachium): **Jodoform i jego wpływ na tkanki.**

Niewątpliwie korzystne działanie jodoformu na przebieg gojenia się niektórych ran natury zakaźnej (gruźlica), z drugiej zaś strony brak w nim, jak wykazują nowsze prace, własności przeciwpasorzytniczych, zdaje się, że przedstawiają trudne do pogodzenia ze sobą zjawiska; zbadaniem ich zajął się autor w tej pracy. Obszerną tę monografię podzielił on na 4 części: historyczną, bakteryologiczną, chemiczną i histologiczną. Pierwsza z nich streszcza odnoszące się tu prace z literatury od czasu wprowadzenia jodoformu, jako środka opatrunkowego i leczniczego do chirurgii przez Mosetiga. Drugą częścią pracy rozpoczynają się właściwe badania autora: zadaniem tej części jest sprawdzenie, o ile przetwory jodoformowe mają własności antyseptyczne w stosunku do laseczników gruźlicy. W tym celu ropnie zimne, których przyrodę gruźliczą niewątpliwie wykazano czy to przez badanie mikroskopowe ścian, czy przez szczepienie treści zwierzętom, nakłówał trójgrańcem i po dokładnem wypuszczeniu ropy napełniał mięszanką jodoformową. Po upływie pewnego czasu w różnych odstępach wydobywał strzykawką nieco treści, którą szczepił zwierzętom pod skórę lub do otrzewny. Po upływie 8—10 tygodni zwierzęta te zabijano i narządy badano dokładnie. Jako przetworu jodoformowego używał roczynu 0,5-procentowego gumy z dodaniem jodoformu 1 : 10; preparat ten uważa on za najodpowiedniejszy do swych doświadczeń, jako zawierający podstawę (*vehiculum*) roczyn gumy, nie drażniący tkanek i nie działający sam przez się szkodliwie na drobnoustroje.

Szereg w ten sposób wykonanych badań dał następujące wyniki: Laseczniki zawarte w ropniach gruźliczych rzeczywiście giną pod wpływem jodoformu, lecz wątpliwą jest rzeczą, iżby zależało to od jego swoistego działania przeciwpasorzytniczego; z większem o wiele prawdopodobieństwem sądzić należy, że główną rolę gra tu wpływ jodoformu na tkankę: pod jego działaniem warstwa ziarninowa gruźlicza, zawierająca drobnoustroje zanika, ulegając stłuszczeniu i ne-

krozie, wskutek tego laseczniki tracą swe podścielisko odżywcze i giną, w miejsce zaś wątłej warstwy ziarninowej patologicznej zaczyna bujać ziarnina zdrowa, wypełniająca powoli ropień. Zmiany więc tkankowe pod wpływem jodoformu występują tu na plan pierwszy, wywołując, jako zjawisko wtórne, śmierć laseczników wskutek zmian pożywki. Co zaś się tyczy sposobu działania jodoformu, to nie działa on ani sam przez się, jako taki, ani w postaci pary jodowej, lecz produktami swego rozkładu, których bliższem określeniem zajmuje się autor w części trzeciej. Pod względem klinicznym wysnuwa on ze spostrzeżeń swych wskazówkę praktyczną, aby po przekłuciu ropnia i wypuszczeniu ropy, zanim nastrzyknie się mięszanki jodoformowej, przedtem jamę ropnia przepłukać dokładnie płynem przeciwgnilnym, gdyż pozostające części gęste ropy bardzo długo opierają się wessaniu.

Według badań Binza i późniejszych Högyesa, jodoform rozpuszcza się w tłuszczach ustroju i krążąc w tkankach rozkłada się, uwalniając wolny jod, który z białkiem soków lub tkanek tworzy jodalbuminy. Ciekawe są nader w tej mierze badania Behringa i Ruytera. Według pierwszego z nich działanie przeciwgnilne jodoformu może nastąpić tylko po jego rozłożeniu się, w odpowiednich zatem tylko okolicznościach. Takie okoliczności w znacznym stopniu przedstawiają rany, w których odbywają się wzmożone sprawy rozkładowe. Chcąc zbadać, jakie mianowicie składniki wydzieliny ran sprawiają rozkład jodoformu, wykonał Ruyter następujące doświadczenie: Do naczynia zawierającego ropę, do której dodał pewną ilość jodoformu, wstawił on dyalizator z wodą przekroploną i umieścił wszystko w sterylizatorze. W ciągu kilku pierwszych dni można było wykazać w dyalizatorze obecność drobnoustrojów, lecz nie było żadnych połączeń jodowych; dopiero po kilku dniach zjawiły się w nim te związki jodowe, świadczące o rozpoczęciu się rozkładu jodoformu przez ropę. Ażeby dowiedzieć się, co mianowicie wywołało ten rozkład, napełnił Ruyter dyalizator w miejsce ropy surowicą krwi, zarówno z dodaniem jodoformu.

W ciągu kilku tygodni nie można było wykryć w wodzie żadnych związków jodowych, dopóki surowica krwi była zupełnie jałowa, lecz wkrótce po dodaniu do niej drobnoustrojów (*staphylococcus*, *streptococcus*) rozpoczął się rozkład jodoformu w surowicy i wytwory jego przeszły przez błonę dyalizatora do wody. Spostrzeżenia te potwierdzone dalszemi badaniami Briegera udowodniły, że w sprawie rozkładu jodoformu główną rolę grają wytwory życiowe bakteryj, ptomainy, że przytem pomiędzy niemi powstaje pewne działanie wzajemne, wskutek którego ptomainy, rozkładając jodoform, same w odpowiedni sposób łączą się z jego produktami i tracą przez to swe własności szkodliwe.

Stubenrauch badał zachowanie się jodoformu w różnych środowiskach i różnej ciepłocie i przyszedł do przekonania, iż we wszystkich używanych przetworach, czy to w wodzie, czy w glicerynie, czy w gumie, rozkłada się on dość szybko, zarówno w świetle dziennem w ciepłocie zwykłej, jak i w termostacie. O wiele szybciej odbywa się to w wysokiej temperaturze sterylizacyjnej, przyczem wywiązuje się dużo wolnego jodu a w mięszance glicerynowej więcej i prędzej, niż w innych, używanych przetworach. To nam tłómaczy te dość wybitne niekiedy zjawiska odczynu zapalnego (gorączka, obrzmienie), występujące po wstrzykiwaniach śródstawowych. Pomimo to zaleca autor użycie mięszanki glicerynowej szczególnie dla lekarzy, nie mogących z całą ścisłością przeprowadzić sterylizacyi preparatu, gdyż, jak wykazały nowsze badania, gliceryna czysta sama przez się posiada własności przeciwgnilne; nie wymaga więc tak częstego powtarzania sterylizacyi ani tak wysokiej ciepłoty.

Badania histologiczne co do działania jodoformu wykonał autor zarówno na tkankach zdrowych, jak i chorobowo zmienionych, w pierwszym rzędzie gruźliczych. Działanie to, zarówno miejscowe jak i ogólne, wyraża się w działaniu jodu na tkanki, gdyż wytwarzanie się innych produktów, jak n. p. kwas mrówkowy, któremu pod tym względem tak ważne przypisywał znaczenie Senger, jest zbyt drobne, aby można było brać je w rachubę. Następstwem więc działania jodoformu na tkankę gruczołową są zmiany wsteczne (zmętnienie i zwyrodnienie tłuszczowe) w tworach nabłonkowych (nerek i wątroby). Jeszcze większy wpływ zauważyć można w tkaninach patologicznych. W tkance gruźliczej powstrzymuje jodoform rozpad nabłonkowatych komórek i sprzyja stopniowemu przechodzeniu ich w zdrową tkankę; przeszkadza tworzeniu się komórek olbrzymich. W jamach surowiczych sprawia tworzenie się skrzepów białkowych, które w dobrych okolicznościach łatwo ulegają wessaniu, jak naprzykład w otrzewnej lub opłucnej. Jeżeli jednak wskutek złych okoliczności wessanie nie następuje rychło, to produkty rozkładu działają drażniąco na ściany, wywołują objawy zapalne, wysięk i bujanie ziarniny. Tem tłómaczy się pomyślny wpływ wstrzykiwań jodoformu w *hydrocele, struma cystica* i innych torbielach. *(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 37. str. 405.* *Dr. Kryński.*

Zapiski terapeutyczne.

— Na podstawie przypuszczenia profesora genueńskiego U. Mossy i L. Paolettego, że wewnętrzne użycie cukru jako podniecającego mięśnie dowolne mogłoby także działać i na mięsień maciczny, spróbował L. Bossi, docent prywatny położnictwa i ginekologii w uniwersytecie genueńskim, cukru w przypadkach osłabienia kurczów macicy podczas pracy porodowej i przekonał się, o ile można sądzić z małej jeszcze liczby spostrzeżeń, że cukier dobrze pobudza macicę do skurczów a nie ma niedogodności sporyszu i jego przetworów.

W jedenastu przypadkach gnuśności macicy podczas porodu zadano po 30 gramów cukru rozpuszczonych w 250 gramach wody i w dziesięciu z nich przekonano się o wystąpieniu dobrych i skutecznych skurczów w 25 do 45 minutach po zażyciu tudzież że nieraz kurcze te utrzymywały się aż do wyparcia płodu z macicy. W niektórych razach trzeba było z przyczyny działania niedostatecznego powtórzyć dawkę 30 gramów w godzinę po pierwszej. Kurcze wywołane przez zadanie cukru były prawidłowe a bynajmniej nie tężcowe. Jeżeli się sprawdzą te podania Bossego, zyska praktyka położnicza bardzo dogodny środek terapeutyczny, osobliwie na wsi. *(La semaine médicale. 14. Lutego 1894).*

— S. Stein, docent prywatny otologii i rynolaryngologii w uniwersytecie moskiewskim, otrzymuje bardzo pomyślne skutki terapeutyczne w cuchnącem owrzodzeniu nozdrzy *(ozaena)* z użycia kwasu trójchlorooctowego *(acidum trichloraceticum)* i w tym celu pomazuje całą błonę śluzową nozdrzy aż do jamy nosopołykowej wzmacnianym stopniowo (od 1 do 10%) roztworem kwasu trójchlorooctowego za pomocą giętkich pręcików metalowych zaopatrzonych na końcu w gałeczkę z bawełny napojoną co właśnie wymienionym płynem. Za każdem posiedzeniem, które na początku leczenia odbywa się po dwa lub trzy razy dziennie, pomazuje się błonę śluzową dopóty, dopóki nie oddali się wszystkich strupów. Gdy woń cuchnąca zniknie a twarde strupy zmiękną, wystarczy jedno pomazywanie na dzień, które powtarza się aż do zupełnego ustąpienia wszelkich przypadów chorobowych, poczem można dla wszelkiej pewności pomazywać jeszcze raz na tydzień. *(La semaine médicale 14. Lutego 1894).*

— Z uwagi tak na małą skuteczność teraźniejszej terapii, jak i na zmiany anatomiczne proponuje Helbing w Norymberdze na odmrożenie nosa i ztąd sinawą jego czerwoność użycie prądu galwanicznego i to w ten sposób, że obydwa jego bieguny przykłada do bocznych powierzchni nosa i przeprowadza przez 5 do 10 minut prąd mierny tak, by pacyent nie czuł przytem żadnych mocniejszych bólów. W ciągu takiego posiedzenia elektrycznego należy zwolna przesuwać bieguny tak, by wszystkie części odmrożonej skóry wystawić na działanie elektryczności. W razie nadzwyczajnej tkliwości skóry przykłada się biegun dodatny do kości jarzmowej (*os zygomaticum*) a biegun ujemny przesuwa powoli po

obydwóch stronach nosa. Po takiem elektryzowaniu skóra zaczerwienia się bardzo mocno, co trwa od kilku godzin do do dwóch dni. W razie użycia prądu zamocnego tworzą się pęcherzyki w skórze, które smarować należy wazeliną. Elektryzuje się co dwa lub trzy dni, kilkanaście razy, nawet nierzadko wcale i więcej, przyczem widzieć można, jak ustępuje powoli czerwoność tudzież swędzenie i pieczenie, osobliwie przy przejściu ze zimna do ciepła, o co kobietom najbardziej chodzi ze względu na bale i koncerty. *(Therapeutische Mtshefte. Styczeń 1894).*

— *Boston medical Journal* podaje za najlepszy środek do rychłego znieczulenia miejscowego, w czasie krótszym od 5 minut, rozpylanie mięszaniny z 10 części chloroformu 15 eteru i jednej części mentolu.

— Podług prof. Parkera połączenie kokainy z resorcyną (w jakim stósunku wszakże, niewiadomo) przeszkadza objawom zatrucia po użyciu mocnych rozczynów kokainy na błonę śluzową lub jamy ustnej.

— Przeciw guzkom trądzika pospolitego (*acne vulgaris*) poleca Jamieson w Edymburgu pomazywanie mięszaniną z jednej części ichtyolu a trzech części wody i zostawianie jej na miejscu, by sama wyschła.

— Jedno pomazanie olejkiem terpentynowym wystarcza, jak podaje *La Médecine moderne*, do zgubienia plam wywołanych na skórze przez łupież pstry *(pityriasis versicolor)*.

— Jako środek podniecający odżywianie ustroju w suchotach płucnych poleca Daremberg:

22) Rp. *Calcii biphosphorici* 10·00
Acidi muriatici 3·00
Aquae destil. 300·00

MDS. Zażywać trzy razy dziennie po łyżce stołowej po jedzeniu.

(*La médecine moderne 10. Lutego 1894*).

— W przybłoniaku (*epithelioma*) radzi Brocq posypywanie wrzodu miałkim proszkiem chloranu potasowego (*kali chloricum*) a następnie opatrywanie kompresami zanurzonymi w płynie:

23) Rp. *Kali chlorici* 50·00
Resorcini puri 5·00
Aquae destil. 500·00

lub maścią:

24) Rp. *Resorcini* 1·00
Kali chlorici 3·00
Vaselini 20·00

VI. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

Dr. Gustaw Piotrowski.

Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Uniwersytet w Oksfordzie.

Jeśli najpierw opisałem uniwersytet w Cambridge, uczyniłem to ze względu, że nauki medyczne a właściwie przyrodnicze stoją w nim wyżej, aniżeli w Oksfordzie, któremu jednak należy się pierwszeństwo pod względem roli, jaką odgrywał i odgrywa podziś dzień w życiu społecznem, a prawdopodobnie i pod względem starożytności. Długi czas był on znacznie więcej *fashionable*, aniżeli wszechnica w Cambridge, która dopiero w ostatnich czasach zrównała się z nim. Dziś rodziny książęce i w ogóle wysoka arystokracya śle swych synów zarówno do obu uniwersytetów a w Cambridge pobierał nawet nauki i uzyskał stopień doktora Prawa Cywilnego (*D. C. L.*) zmarły niedawno przedwcześnie *Duke of Clarence*.

W baśń Alauredową, która słynnemu pod każdym względem królowi Alfredowi przypisuje założenie uniwersytetu w Oksfordzie, nikt oczywiście obecnie nie wierzy. Wielkie jest prawdopodobieństwo, że już w r. 1133 nauczał tu Robertus Pullus Teologii, a Vacarius Prawa Cywilnego, z wszelką jednak pewnością można odnieść początek uniwersytetu pod schyłek panowania Henryka II. Giraldus Cambrensis czytał tu w r. 1187 swe dzieło *Conquest of Ireland.*

Początkowo uniwersytet, jak i inne, był ściśle związany z kościołem i z łona jego wychodziły zarazem zarodki herezyi. Oksford był wskutek nauki Wycliffa dla Anglii tem, czem na stałym lądzie Paryż i Praga wskutek herezyi Gersona i Hussa.

Historya uniwersytetu w Oksfordzie jest bardzo burzliwa; ciągłe walki między studentami a mieszczaństwem *(gown and town)* prowadziły nieraz do bardzo poważnych następstw, jak n. p. wychodźstwa 3000 studentów, zwanych podówczas *Clerks* w r. 1208, za króla Jana niezbyt przychylnego uniwersytetowi. W dwadzieścia lat po tem znów rozruchy z okazyi przybycia legata papieskiego, którego nietakt wywołał burze. Początek XIV. stulecia (1333) zaznaczony walką między Północnymi a Południowcami, do których liczyli się też studenci Walii i Irlandyi. Walka zakończyła się secesyą Północnych do Stamford, skąd dopiero powrócili na rozkaz Edwarda III. Zamieszki podobne, jakkolwiek nie w tym rozmiarze, powtarzały się bezustannie prawie do końca XV. wieku.

Już opisałem początek kolegiów. Najstarsze w Oksfordzie *Merton Coll.* powstało z końcem XIII. w.; dziś zaś liczy ich Oksford około 30. Nauka do niedawna odbywała się w ten sposób, że każde kolegium miało swych własnych nauczycieli. Dopiero w połowie tego wieku system ten zmienił się, szczególnie, gdy się rozwinęły nauki przyrodnicze a laboratorya wymagały coraz to większych nakładów. Urządzenie zresztą z małemi zmianami odpowiada temu, jakie posiadają kolegia w Cambridge. Tytuły nieco są inne. Głowa kolegium nosi różne nazwy oprócz Master, jako to: Warden, Rector, Provost, President i Principal. *Undergraduates* nazywają się tutaj Commoners. Uniwersytet liczy obecnie 8000 członków ze stopniem i 3000 studentów. Przyjmuje się uczniów na podstawie świadectwa wydanego przez Tutora kolegialnego, lub też Cenzora *non-collegiates Students.* Za egzamin wstępny służyć może albo t. w. *Matriculation Examination*, albo też *Responsions*, egzamin odpowiadający *Previous* w Cambridge, wymagany od wszystkich, którzy ubiegają się o stopień.

Rok szkolny dzieli się na 4 (względnie 5) Terms, t. j. Michaelmas T. od 10. Października do 17 Grudnia, Hilary T. od 14. Stycznia do Niedzieli Palmowej, Easter T. od świąt Wielkiej Nocy do Zielonych Świąt, wreszcie Trinity T. od Zielonych Świąt do początku Lipca. Potem następuje Long.

Wydziałów jest cztery, t. j. Teologia, Prawo, Nauki Przyrodnicze wraz z Medycyną i Matematyką, w końcu Arts t. j. mniej więcej to, co nasza filozofia.

Każdy z uczniów jakiegokolwiek wydziału, który się ubiega o *Honours*, musi uzyskać stopień B. A. Potrzeba do tego mieć przynajmniej 12 terms i odbyć 3 egzamina.

Pierwszy egzamin t. j. *Responsions* odbywa się w obec 6, rok rocznie wybieranych delegatów t. j. *Masters of the Schools*. Egzamin nazywa się w języku studenckim *School*. *Responsions* są egzaminem częścią ustnym, częścią piśmiennym z algebry lub Euklidesa, arytmetyki, gramatyki greckiej i łacińskiej, tłómaczenia z angielskiego na łacinę i autora greckiego lub łacińskiego.

Następny egzamin nosi nazwę *First public Examination*, w języku studenckim zaś *Moderations*; odbywa się bowiem w obec 14 *Moderators*, t. j. członków delegowanych przez wspólne ciało uniwersyteckie i kolegiów. Egzamin ten ustny i piśmienny obejmuje Pismo Święte, literaturę grecką i łacińską. Kandydaci *for Honours* obowiązani są nadto do składania egzaminu z historyi literatury greckiej i łacińskiej, zasad logiki dedukcyjnej i filologii porównawczej.

Ostatni egzamin, t. j. *Second Public Examination* jest już specyalny. Odbywa się ustnie i piśmiennie w obec 46 publicznych egzaminatorów. Zwykły egzamin (*Pass School*) z nauk przyrodniczych obejmuje zasady geometryi wraz z trygonometryą, zasady matematycznej mechaniki, zasady chemii, zasady fizyki. Z chemii odbywa się też praktyczny egzamin.

Honours School of Natural Science składa się z dwóch egzaminów, t. j. *A Preliminary Ex.* i *A Final Honour Ex*. Pierwszy obejmuje fizykę i mechanikę w obszernym zakresie, chemię, przyczem praktyczna część składa się z otrzymywania najgłówniejszych związków, tudzież analizy jakościowej, nieorganicznej soli, dalej fizyologię zwierząt w dość szczupłym zakresie, morfologię zwierzęcą i botanikę.

Drugi egzamin obejmuje sześć głównych przedmiotów, t. j. fizykę, chemię, geologię, fizyologię i morfologię zwierząt, wreszcie botanikę. Dodatkowo wybiera się też jeden z następnych przedmiotów: krystalografia, mineralogia, antropologia, praktyczna astronomia. Wszystkie te przedmioty są traktowane obszerniej, aniżeli w *Prelim. Ex.* Przy egzaminie praktycznym z chemii wymaga się otrzymywania różnych związków, analizy jakościowej i ilościowej nieorganicznej, tudzież elementarnej analizy organicznej (spalań). Egzamin z fizyologii jest również częścią praktyczny, mianowicie z metod chemicznych, fizycznych i histologicznych. Kandydat musi wykazać i objaśnić własności białek, krwi, mleka, fermentów, żółci, wątroby i moczu.

Fizyczna część obejmuje metody badań fizyologii mięśni i nerwów, jak oddziaływanie i elastyczność mięśni w spoczynku i pracy, zmiany w temperaturze podczas skurczu, najważniejsze podnięty, badanie serca, przedewszystkiem zaś jego unerwienie, oraz wpływ krążenia w niem odżywczych soków, wreszcie metody badania zjawisk krążenia i oddychania na człowieku. Przy egzaminie z histologii musi kandydat badać własności żyjącego pierwoszcza (protoplasmy), umieć odłączać i barwić z osobna pierwoszcza tkanin, robić preparaty z różnych narządów i ustalać je. Egzamin więc jest bardzo obszerny, szczególnie pod względem praktycznym.

Kandydat otrzymuje po złożeniu tych egzaminów tytuł *B. A.* bez Aktu, po 27 termach zaś i pewnej opłacie tytuł *M. A.* bez żadnych już egzaminów.

Przejdę z kolei do stopni lekarskich. Aby otrzymać stopień, *B. M.*, trzeba się wykazać 26 Terms studyów lekarskich, oraz egzaminami dla *B. A.*, poczem składa się dwa specyalne egzamina. P i e r w s z y z nich obejmuje c h e m i ę o r g a n i c z n ą w związku z f i z y o l o g i ą i m e d y c y n ą, a n a t o m i ę i f i z y o l o g i ę c z ł o w i e k a. Od chemii i fizyologii zwolnieni są kandydaci, którzy składali te przedmioty przy egzaminach dla *B. A.* i to *for Honours*.

D r u g i e g z a m i n obejmuje m e d y c y n ę w e w n ę t r z n ą, c h i r u r g i ę, a k u s z e r y ę, p a t o l o g i ę, m e d y c y n ę s ą d o w ą wraz z h i g i e n ą, f a r m a k o l o g i ę i f a r m a c y ę.

Stopień D o k t o r a uzyskuje się, mając poprzednie egzamina w 39 terms i po napisaniu rozprawy z jakiejś gałęzi medycyny czysto praktycznej, czy też teoretycznej. Rozprawa ta musi zyskać aprobatę od tych profesorów wydziału i egzaminatorów, w których przedmiocie była napisana, w końcu zaś królewskiego profesora medycyny (*Regius prof.*), który wyznacza dzień publicznego czytania, lub też od niego zwalnia.

Chirurgia tworzy niejako subfakultet wydziału lekarskiego. Stopień *Bechelor of surgery* (*B. Ch.*) otrzymać może każdy po złożeniu egzaminów dla *B. M.* O tytuł *Master of Surgery* (*M. Ch.*), ubiegać się można w 27 terms po imatrykulacyi. Trzeba przytem złożyć oprócz poprzednich egzamin specyalny z c h i r u r g i i, a n a t o m i i c h i r u r g i c z n e j i o p e r a c y j.

Po za wymienionymi egzaminami składać też można w pewnych celach, jak dla służby rządowej, z higieny zastósowanej, czyli z t. zw. *Preventiv Medicine and Public Health*. Do tego egzaminu przypuszczeni są tylko ci, którzy posiadają tytuł *B. M.*, poczem otrzymują świadectwo uzdolnienia w tym względzie.

S z k o ł y l e k a r s k i e w L o n d y n i e.

Jak już powiedziałem, *University of London* nie jest właściwie uniwersytetem, a więc szkołą, lecz ciałem egzaminującem. Nauki lekarskie odbywają się w szkołach przy szpitalach a mianowicie w *St. Bartholomew's Hospital and College, Charing Cross Hosp. and College, St. Georges Hosp. Guy's Hosp., King's College and Hosp., London Hospital and College, St. Mary's Hosp., Middlesex Hosp., St. Thomas's Hosp. and School, University College and Hosp., Westminster Hosp.* Nazwa *College* połączona z *King's* i *University*, nie oznacza bynajmniej, że panuje tam system kolegialny, jak w Cambridge i Oksfordzie. Kolegiów w tem znaczeniu nie ma w Londynie. Są wprawdzie t. zw. kolegia przy pewnych szpitalach, jak *St. Bartholomew's* lub *Guy's Hosp.* (wym. Gais), lecz są to właściwie jakby hotele stworzone dla dogodności studentów w tych olbrzymich zakładach, z których pewne, jak n. p. *St. Bartholomew's* stanowią odrębną dla siebie parafię. W kolegiach tych rygor nie jest większy, aniżeli w prywatnych pensyonatach (*Boarding Houses*). Niewolno bez pozwolenia przełożonego trzymać psów, fortepianów, tej plagi naszego systemu mieszkań, nie wolno podnajmywać pokoi, wreszcie wbijać gwoździ w ściany, jak to statut opiewa. Student mieszkający w kolegium może tam otrzymywać także i wikt, pranie i t. d., jeśli sobie życzy, za stósowną opłatą. Musi być członkiem zjednoczonych klubów, t. j. *Clubs Union*. Pod względem urządzenia i wykwintu nie ma nawet porównania z Cambridge i Oksfordem; kolegia londyńskie są jakby studenckimi hotelami Paryża, dla tego też i życie znacznie tańsze.

Prym trzymają między szkołami londyńskiemi przedewszystkiem *University Coll.* i *King's Coll.* Pierwsza instytucya jest właściwie jakby Uniwersytetem, którego też tytuł *The University of London* nosiła w czasie założenia w r. 1826. Dopiero w r. 1836 została wcielona w ogólny system naukowy jako *Univ. Coll.* Mieści się we wspaniałym gmachu przy *Gowers Street*, naprzeciw zaś stoi przynależny szpital. Na czele tej instytucyi stoi Prezydent, potem Wiceprezydent. Posiada trzy wydziały, t. j. filozofię (*Arts*) wraz z prawem, nauki przyrodnicze wraz z matematyką, inżynieryą i technologią, oraz medyczne. Każdy wydział ma swego dziekana i prodziekana (*Vice Dean*). Za mego pobytu dziekanem był prof. fizyologii Schäfer, prodziekanem zaś prof. Horsley.

Nader wszechstronną instytucyą jest *King's Coll.* przy *Strand'zie.* Posiada jedenaście oddziałów (*Departments*), jak teologię, literaturę powszechną, medycynę, inżynieryę, oddział techniczny, szkołę wieczorną, oddział służby cywilnej i t. d. Szpital położony jest niezupełnie w pobliżu, mianowicie przy *Fortland Street.*

Każdy z uczniów wstępujących do którejkolwiek szkoły medycznej, obowiązany jest przejść pewien wstępny egzamin. Medycy dla wpisu w akta registracyjne muszą składać też t. zw. *Preliminary Ex. in General Education*, z języka angielskiego, łaciny, matematyki i jakiegoś nowożytnego języka. Dalsze egzamina są już zawodowe. Po dwóch latach studyów można zdawać *The Intermediate Examination in Medicine* z anatomii, fizyologii z histologią, chemii organicznej, farmakologii i farmaceutycznej chemii. W dwa lata po nim można składać egzamin dla uzyskania stopnia *B. M.* z ogólnej patologii, terapii, higieny, chirurgii, medycyny, akuszeryi i med. sądowej. Dla uzyskania stopnia *Bachelor of Surgery* musi nadto kandydat przejść praktyczny kurs i egzamin z operacyj i anatomii chirurgicznej. *Master of Surgery* zostaje *B. C.* po dwuletnich studyach klinicznych lub pięcioletniej praktyce od uzyskania *B. M.*, lub też rocznej pracy klinicznej, albo dwuletniej praktyce od otrzymania *B. C.*; musi nadto składać egzamin z fizyologii psychologicznej w związku z psychiatryą i z chirurgią.

Stopień Doktora Medycyny można pozyskać po dwuletnich studyach lub 5. letniej praktyce po *B. M.* Trzeba nadto składać egzamin z psychologii w związku z psychiatryą oraz medycyny lub też higieny (*State medicine*). Zamiast egzaminu można też przedłożyć odpowiednią tezę.

Oprócz *University of London* egzaminują też i udzielają dyplomów *Royal Coll. of. Physicians* i *Surgeons.* Stopnie są *Licentiate* lub też *Member.* Przebieg egzaminów dość podobny do poprzednich; nie będę więc już dłużej się nad tem zastanawiał, by nie rozciągać tego suchego przedmiotu.

W innych szkołach angielskich tok jest podobny.

Z uniwersytetów Wielkiej Brytanii pierwszorzędną rolę odgrywa Wszechnica w Edymburgu, licząca samych studentów medycyny około 3000. Uniwersytet ten wyposażony bardzo dobrze, utrzymywany przez rząd, jest znacznie tańszy aniżeli angielskie. Systemem zbliża się więcej ku uniwersytetom na stałym lądzie. Czas studyów pięcioletni, egzamina podobne do opisanych powyżej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Lutego 1894 r.

— W dniu 21. b. m. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło posiedzenie zwyczajne, na którem zostali przyjęci do Towarzystwa na członków czynnych: Dr. Szymonowicz Władysław i Dr. Lustig Salomon, na członków korespondentów: Dr. Zawadzki Józef z Warszawy i Dr. Misiewicz Michał z Niekłania. Po załatwieniu spraw administracyjnych miał kol. prof. Rydygier odczyt *z Chirurgii żołądka i jelit*, który ilustrował okazaniem wielu przypadków chorobowych z kliniki chirurgicznej (*resectio pylori*, *gastroenteroestomia*, *resectio intestini*). Chorzy ci, operowani w ciągu ostatnich 2-ch miesięcy przez prelegenta w klinice chirurgicznej, obecnie są zupełnie wyleczeni i opuszczają klinikę. Mówca podawszy przegląd krytyczny metod operacyjnych, opisał używane zazwyczaj przez siebie sposoby w operacyach żołądkowo-jelitowych. Kol. prof. Obaliński przedstawił nerkę wyciętą z powodu kamieni, kol. prof. Walentowicz okazał ciekawy przypadek promienicy u krowy. W dyskusyi brali udział kol. Bossowski i Bujwid.

W dyskusyi nad odczytem kol. Rościszewskiego przemawiali kol. prof. Korczyński, prof. Gluziński i Pelczar.

— W dniu 21. b. m. miał współpracownik naszego pisma, Dr. Leon Wachholz w *Collegium novum* wykład habilitacyjny z zakresu medycyny sądowej wśród nader licznego grona sfer nietylko lekarskich ale i prawniczych. Wykład ten jasny i treściwy przyjęli zgromadzeni hucznemi oklaskami.

— We wtorek dnia 27. Lutego o godz. 12-tej w południe w sali ginekologicznej szpitala św. Łazarza nastąpi odsłonięcie portretu ś. p. prof. Dra Madurowicza, wykonanego staraniem lekarzy szpitalnych.

— Dowiadujemy się, że Dr. Edmund Kowalski, specyalista w zakresie hidroterapii, wydzierżawił od właściciela hr. St. Genois na lat 20 zakład klimatyczny i hidropatyczny w Jaworzu (Ernsdorf) na Szląsku austryackim, gdzie dotąd przez lat kilkanaście był lekarzem ordynującym. Z wiosną otwiera on pensyonat we własnym domu o 23 pokojach, gdzie chorzy przez ciąg całego roku oprócz opieki lekarskiej znajdą wszelkie wygody na wzór zagranicznych sanatoryów klimatycznych. Dr. Kowalski zajął się już teraz lepszem urządzeniem mieszkań i zakładu hidropatycznego a nadto zniesieniem drogi, która dotąd szła środkiem prześlicznego parku, stanowiącego prawdziwą ozdobę Jaworza.

— *Annales de l'Institut Pasteur* zawierają w najnowszym zeszycie z 25. Stycznia r. b ciekawe zdanie sprawy Dr. Goldschmidta z epizoocyi wścieklizny u psów na Maderze. Jakkolwiek na wyspie tej, liczącej 25.000 ludności jest 12.000 (!) psów, nie widziano u nich nigdy wścieklizny do r. 1892. Psy te, oddane same sobie, żywią się, jak mogą i włóczą samopas po całej wyspie; gdyby przeto wścieklizna mogła powstać samodzielnie, nie ma wątpliwości, że w tych okolicznościach mogłaby się szerzyć swobodnie. Dopiero w połowie Czerwca 1892. rozeszła się po wyspie pogłoska, że nowa, nieznana choroba wybuchła między psami, pojawiając się wszakże nierzadko u kóz i kotów. W trzech miesiącach zginęło na nią 300 psów a 1000 podejrzanych o nią zabito. Po zbadaniu pokazało się, iż była to wścieklizna, której inkubacya trwała od 25 do 30 dni, sama zaś choroba zabijała zwierzęta po 4 do 5 dniach. Energiczne środki zaradcze uwolniły wyspę po 6 miesiącach od tej plagi.

Poszukiwanie początku tej epizoocyi wykryło, że z Lizbony przywieziono na Maderę w dniu 8 Maja 1892 psa, który zginął ze wścieklizny 23. Lipca t. r. po 8 dniach choroby. Goldschmidt zwraca uwagę na szybkość, z jaką w tym przypadku szerzyła się wścieklizna między psami na wyspie, i widzi w tem analogię do innych chorób zakaźnych, które pojawiając się po raz pierwszy w jakiej miejscowości występują nieraz bardzo gwałtownie. Tak było mianowicie z epidemią odry na wyspach Faroer i gruźlicą na wyspach Fidżi.

Z tej epizoocyi wnosi Goldschmidt, że 1) wścieklizna nie pojawia się samodzielnie, 2) że występuje bardzo gwałtownie w miejscowości po raz pierwszy przez siebie nawiedzonej, 3) że ją można wy-

gubić doszczętnie, zabijając wszystkie psy chore lub podejrzane, 4) że niekiedy kończy się wyzdrowieniem i 5) że inkubacya i trwanie wścieklizny są krótsze w epizoocyach ostrych, niż w przypadkach endemicznych.

— Bourneville, idąc za przykładem Bouchuta, zwraca ponownie uwagę na użycie termometru do odróżnienia śmierci pozornej od rzeczywistej. Z wielu jego spostrzeżeń wypada, że we wszystkich przypadkach w 12 do 14 godzin po śmierci spada temperatura wewnątrz zwłok (*centrale*) wyraźnie poniżej temperatury powietrza otaczającego, co zostaje w zgodzie z codziennem doświadczeniem uczucia zimna za dotknięciem się zwłok. Dla przekonania się o tym spadku temperatury najlepiej wprowadzić do odbytnicy na 4 do 5 cm. termometr dostatecznie czuły i zostawić go tam przez kwadrans. Pospolicie bywa tak: w 3 do 4 godzin temperatura wewnętrzna zwłok równa się temperaturze otaczającego je powietrza, później obniża się prędko; w końcu 6. do 8. godziny staje się o 10 do 12 stopni niższą od temperatury otaczającego powietrza. Spostrzeżenia te tyczą się zmian temperatury powietrza od 17 do 24 stopni.

— Najbliższy, 13. kongres dla medycyny wewnętrznej odbędzie się dopiero w roku przyszłym i to w Monachium.

— W Budapeszcie utworzyło się Towarzystwo laryngologiczno-otyatryczne.

— Komitet pierwszego międzynarodowego Zjazdu samarytańskiego, który miał odbyć się w roku bieżącym w Wiedniu, postanowił przyłączyć się z nim, jako osobną sekcyą, do międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego, odbyć się mającego we Wrześniu b. r. w Budapeszcie.

— W Tientsin w Chinach otwarto pierwszy w tem państwie wydział lekarski urządzony na modłę europejską i to angielską, liczący już 23 uczniów, rodowitych Chińczyków, którzy jednak wszyscy umieją po angielsku. Ponieważ ustawa krajowa nie pozwala na sekcye zwłok ludzkich, przeto do nauki używają uczniowie modeli z wosku. Na zalecenie zmarłego niedawno w Londynie słynnego profesora medycyny wewnętrznej Clarka, został dyrektorem szkoły, o której mowa, Anglik Dr. Heuston, który już jest w drodze do Chin i wiezie ze sobą wszystko, czego potrzeba do urządzenia pracowni w sposób jak najlepszy. Obecnie kieruje nauką Dr. Irwin i dwaj profesorowie, rodowici Chińczycy Lui i Chin.

— Międzynarodowa komisya sanitarna, odbywająca swe posiedzenia, jak wiadomo, w Paryżu, podzieliła się na dwie wielkie komisye techniczne, które zajmować się będą jedna stosunkami higienicznemi na wybrzeżach morza Czerwonego, druga organizacyą policyi lekarskiej w zatoce perskiej. Przewodniczącym pierwszej został hr. Kufstein, delegat austro-węgierski, sprawozdawcą jeneralnym prof. Pagliani, delegat włoski; przewodniczącym zaś drugiej prof. Brouardel, delegat francuski a sprawozdawcą Dr. Jakowlew, delegat rosyjski.

— W porażce wojska francuskiego pod Timbuktu w Afryce zginął lekarz wojskowy kolonialny Grall.

— Wędrowny Zjazd węgierskich przyrodników i lekarzy odbędzie się w b. r. w Pięciu Kościołach od 2. do 6. Lipca.

Redakcya otrzymała:

Fr. Giedroyć: Istota przymiotu. Kwestye sporne. Warszawa 1894. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Fr. Chłapowski: Przypadek utajonego przebiegu wrzodu żołądkowego. Poznań 1894. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

J. Pawiński: Ueber die Anwendung des Coffeins bei Herz- und Nierenkrankheiten. (Odbitka z *Zeitschrift für klinische Medicin*).

A. Jaworski: Rocznik farmaceutyczny. Tom II. Warszawa 1894.

L. Wachholz: Ueber Cyanmethaemoglobin und Cyanhaematin. (Odbitka z *Zeitschrift für Medizinalbeamte*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 69.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Radłowie (w miejscu c. k. Sąd, c. k. Notaryat, apteka, c. k. Urząd podatkowy, administracya dóbr Radłowskich i t. p.). Roczna płaca stała 200 złr. i 100 złr. za oględziny bydła na targi i na rzeź. Podania wnosić należy do **10. Marca 1894** r.

Z urzędu gminnego. 74—3—2

Radłów, 29. Stycznia 1894.

Naczelnik gminy
Jan Maczyszyn.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach (pow. Biała).

Z powodu śmierci lekarza miejskiego rozpisuje niniejszem Zwierzchność miasteczka Wilamowice konkurs na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach z płacą roczną 200 złr., wolnem mieszkaniem i poborem opłat za oględziny zwłok i bydła. Posada powyższa może być natychmiast objętą. Podania należy wprost adresować do Zwierzchności gminnej, która i bliższych wiadomości udzielać będzie.

Wilamowice 14. Lutego 1894.

Kaleta m. p.
75—3—1 burmistrz.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 3. Marca 1894 r. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 38.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 187 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał
Prof. Rydygier.

(Wykład miany w Tow. lek. krak. dnia 21. Lutego 1894 r.)

Panowie! Przypadkiem zebrała się w klinice naszej w pierwszej połowie tego półrocza dość znaczna liczba cierpiących na choroby żołądkowo-jelitowe. Korzystam z tej sposobności, żeby Szan. Kolegom przedstawić kilka przypadków wyleczonych a czynię to tem chętniej, że mi to nastręcza dobrą sposobność dorzucić kilka ogólnych uwag w kwestyach dotychczas wątpliwych w chirurgii żołądkowo-jelitowej, jak również zachęcić Szan. Kolegów trudniących się leczeniem chorób wewnętrznych do wcześniejszego przysyłania odpowiednich chorych do operacyi.

Nie stało się to przypadkiem, że z 13 chorych na żołądek, do naszej kliniki przyjętych, aż 4 do operacyi żołądkowej wcale się nadawało. Również w 7 przypadkach gastroenterostomii chorzy byli po największej części tak wychudzeni a rak tak znacznie się rozszerzył i pozrastał ze sąsiednimi organami, że o resekcyi żołądka ani myśleć nie było można. Tylko w 2 przypadkach wrzodu żołądkowego resekcya była możliwą.

Samo przez się rozumie się, że w tak daleko posuniętem stadyum podjęta operacya musi dać wynik niekorzystny. Że w tak późnem stadyum chorego otrzymujemy, nie zależy to jedynie od trudności dyagnostycznych; albowiem niektórzy chorzy podawali w wywiadach, że sami już przed całymi miesiącami wyczuwali guz w brzuchu, co również i lekarz wykazywał, a mimo to chorzy zgłaszali się do nas wtedy dopiero, kiedy dręczeni przez całe miesiące pompowaniami żołądka wreszcie oświadczali, że dłużej wśród tych okoliczności żyć nie mogą, albo gdy lekarz ordynujący nabrał przekonania, że koniec bliski. W tych okolicznościach oczywiście nie ma się czego spodziewać po operacyi a przynajmniej nie wiele.

Że takiego postępowania wyniki operacyjne przecież nie usprawiedliwiają, przekonywają najlepiej ostatnie publikacye Lauensteina[1]) a przedewszystkiem Kochera[2]). Lauenstein stracił wprost z operacyi na 17 przypadkach gastroenterostomii tylko 4, gdy Kocher stracił 2 chorych na 9 po resekcyach żołądka, wykonanych z powodu raka odźwiernika a w ostatnich 6 przypadkach nie nastąpił ani jeden przypadek śmierci, w których zastósował swoję metodę resekcyi odźwiernika z gastroduodenostomią.

Pamiętajmy nadto, że nawet spóźnione przypadki (z uwzględnieniem poprzednio wymienionych okoliczności), tak złych nie dają wyników. Operowany Wölflera żył po operacyi $5^1/_2$ lat, mój $2^1/_2$, Billrotha $2^1/_2$ i $1^1/_2$, Kochera jeden 3 lata a drugi żyje dotychczas i ma się zupełnie dobrze po resekcyi żołądka, wykonanej przed 5 laty z powodu raka odźwiernika. Uwzględniwszy te dobre wyniki musimy przyznać, że mamy zupełną słuszność żądać, aby nam wcześniej przysyłano do operacyi nadające się przypadki.

Gdy wykażę na końcu, przy ogólnych uwagach, że można podać wcześniej, niż dotąd objawy rozpoznawcze takie, któreby uzasadniały operacyę, natenczas chirurgia spełniła ciążący na niej obowiązek a już do medycyny wewnętrznej należeć będzie, aby ztąd ogólne zyskała korzyści. Że się tak już dzieje we wielu miejscach, zwracam uwagę z zadowoleniem.

Rozpoczynam od przedstawienia chorego a raczej wyleczonego z *ulcus ventriculi*[3]). Przypadek ten jako też kilka innych, zawdzięczam życzliwości kol. Korczyńskiego, któremu za to na tem miejscu składam serdeczne dzięki.

---

[1]) Lauenstein. Zur Indication, Anlegung der Magen- und Darmfistel (Separat-Abdruck in der Festschrift zn Ehren prof. Dr. L. Meyer in Göttingen.)

[2]) Th. Kocher. Zur Technik und zu den Erfolgen der Magenresektion (Separat-Abdruck a. d. Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1893).

[3]) Zestawienie wszystkich swoich przypadków podam później w obszerniejszej pracy.

Chory, dziś dopiero kilka tygodni po operacyi, przybrał na ciężarze 11 klgrm. Trawi zupełnie dobrze i znosi wszystkie potrawy. Dokładniejsze badanie co do chemizmu i mechanizmu żołądka podjął się przeprowadzić łaskawie prof. Korczyński w swojej klinice.

Krótki wyciąg z historyi chorób tak tego pacyenta, jak innych w dalszym ciągu mego przedstawienia wymienionych, dołączę na końcu.

Prócz obecnego tu chorego z wrzodem żołądka, mieliśmy w tem półroczu jeszcze jednego, u którego wyciąłem odźwiernik (*resectio pylori*). W tym przypadku nastąpiła śmierć, ale nie w skutek, lecz pomimo operacyi. Sekcya wykazała rozpad płuc cuchnący i zapalenie opadowe po lewej stronie. Chory umarł 4-go dnia po operacyi; szew zupełnie dobrze trzymał; najmniejszego zadraźnienia otrzewny nie było.

Druga chora, przeznaczona do dzisiejszego przedstawienia, jest po gastroenterostomii. Zwężenie odźwiernika tworzył tutaj guz wychodzący z tylnej ściany żołądka, z trzustką zrosły i sięgający w głąb obok kręgosłupa tak, że nawet podczas operacyi na pewno nie można było przekonać się, zkąd ten guz pierwotnie wychodził i jakiej był natury. Tyle było pewne, że wycięcie przedstawiałoby znaczne trudności; postanowiliśmy więc wykonać gastroenterostomię. Tę jak i inne wykonałem sposobem Wölflera. Chora czuje się zupełnie dobrze z wyjątkiem nieznacznych dolegliwości w lewej nodze.

Gastroenterostomią wykonaliśmy w tem półroczu 7 razy; z tych 3 wyleczonych a 4 umarło. W jednym z wyleczonych przypadków jest to godnem uwagi, że obok raka żołądka znajdował się guz na pępku, który nie zostawał w żadnym związku z rakiem żołądka. Badanie mikroskopowe wyciętego guza z pępka, przeprowadzone w zakładzie prof. Browicza przez Dra Piotrowskiego, wykazało *adeno-carcinoma* a więc najprawdopodobniej to samo utkanie, co guz w żołądku, pomimo że nie było żadnych zrostów.

Wysoka śmiertelność nie zadziwi nikogo, jeżeli przypatrzymy się bliżej nieszczęśliwym przypadkom. Dwa z nich zginęły z powodu ogólnego wyniszczenia, w 2 zaś innych przyszło do przedziurawienia szwu około 8. dnia skutkiem ucisku okrężnicy, w której nagromadziła się powyżej miejsca zaciśniętego masa kału — a było to w czasie, kiedy pacyenci czuli się tak dobrze, że chcieli wstawać. Wrócę jeszcze przy ogólnych uwagach do tych przypadków.

Trzeci chory, którego przedstawiam, zasługuje w wysokim stopniu na uwagę, nietylko z tego powodu, że okazuje, co dziś chirurgia zdziałać może, ale i z tego powodu, że cierpienie to, do którego potrzeba było aż 5 operacyi, samo jest wysoce zajmującem. Chora cierpiała na raka jajnika prawego, nadto ku górze rozwinął się po tej samej stronie wielki torbiel skórzasty a w kierunku ku miednicy małej torbiel wypełniony cieczą przeźroczystą. Rakowaty jajnik zrosły był z górnym odcinkiem pęcherza a nadto z wygięciem esowatem. Po otwarciu jamy brzusznej musiałem naprzód wyłuszczyć torbiele i oddzielić zwyrodniały jajnik od macicy. Następnie zresekowałem ściany pęcherza w całej grubości w obszarze większym od talara i zaszyłem ubytek dwupiętrowym szwem kuśnierskim. Wreszcie wyciąłem około 8 cm. z *S romanum* i połączyłem odcięte końce trzypiętrowym szwem kuśnierskim. Tak więc **na jednem posiedzeniu wykonałem owaryotomią, resekcyę pęcherza z następowem zeszyciem i resekcyą *S* rzymskiego z enterorafią.**

Pierwsze dni po operacyi przeszły bez zboczenia; brakło tylko wiatrów. Zwolna, w ciągu pierwszych 4 dni wzdymał się brzuch i 5. dnia po operacyi przyszliśmy do przekonania, że mamy przed sobą niedrożność w jelitach i to najprawdopodobniej w blizkości szwu. Wprawdzie wiedzieliśmy, że szew sam nie zwężał do tego stopnia jelita: po pierwsze widzieliśmy to naocznie podczas operacyi; po wtóre *S* rzymskie jest tak obszerne, że nie tak łatwo je szwem zacisnąć. Przypuszczać można było tylko jakie ostre zagięcie, mniejsze lub większe, połączone może z obrzękiem błony śluzowej.

Jak należało postąpić w tym przypadku? Można było środkami przeczyszczającymi albo wlewaniami do odbytu (lawatywą) usunąć przeszkodę i otworzyć drogę kałowi lub też założyć *anus praeternaturalis* powyżej miejsca zaciśnionego. Wybrałem to drugie, jako drogę pewniejszą; nie chciałem bowiem już 5. dnia wywierać znaczniejszego nacisku na linię szwu, bo wiem z doświadczenia, jak łatwo w tym czasie jeszcze szew się rozchodzi. Chorą, osłabioną jeszcze poprzednią operacyą, obawialiśmy się na nowo chloroformować; wykonałem więc operacyą *anus praeternaturalis* w kokainie, co się zupełnie dobrze udało. *Anus praeternaturalis* założyliśmy po prawej stronie, w okrężnicy wstępującej, poczem wkrótce nastąpiły obfite wypróżnienia i brzuch sklęsł. Kiedy po 5 tygodniach przypuszczać mogliśmy, że jelito w miejscu założenia szwu zupełnie na pewno już się zrosło, wtenczas przekonaliśmy się lawatywami, że tam rzeczywiście nie ma zwężenia znaczniejszego, bo woda wlana do odbytu dość pełnym prądem wypływała przez *anus praeternaturalis*. Przystąpiliśmy więc do zamknięcia sztucznego odbytu sposobem Malgaigna. Rana odrazu się zagoiła i oto widzicie Panowie bliznę po niej. Chora ostatecznie zupełnie została wyleczoną.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Keyfel[1]) utrzymuje, iż kiłowy ojciec przekazuje potomstwu swą chorobę za pośrednictwem zakażonego nasienia, matka zaś wcale nie ulega zakażeniu. Na poparcie swego zdania przytacza 8 przypadków, w których zdrowe matki, będąc zapłodnione przez ojców na kiłę chorych, rodziły dzieci dotknięte wybitnymi objawami kiły w postaci pęcherzycy i guzów swoistych w płucach, wątrobie, śledzionie i innych organach wewnętrznych; prawie wszystkie dzieci urodziły się nieżywe, niektóre zaś zmarły wkrótce po przyjściu na świat. Taylor[2]) opisuje dwa przypadki tyczące

[1]) Keyfel. Syphilis congenita in Folge paterner Infektion. Inaug. dissert. München. 1876. pag. 13—14.
[2]) Arch. of clinic. Surgery. 1876. Sept.

się kiłowych ojców, którzy płodzili potomstwo z objawami kiłowymi, matki zaś pozostały zdrowemi. W pierwszym przypadku matka urodziła kilkoro dzieci, z tej liczby pierwsze przyszło na świat nieżywe, pięcioro zaś pozostałych przedstawiało wkrótce po urodzeniu wybitne objawy kiły dziedzicznej; następnie zaś, wskutek swoistego leczenia męża, wydała na świat zdrowe dziecię; gdy jednak po upływie następnych trzech lat u męża wystąpił nawrót choroby, ponownie urodziła dziecię kiłowe, następne jednak dziecko było już zdrowem i wolnem od objawów kiłowych. Matka zaś pozostając w ciągu wielu lat pod opieką lekarza, nie okazywała żadnych zgoła objawów kiłowych i była zawsze zdrową. Drugi przypadek Taylora tyczył się kobiety, która z kiłowym mężczyzną spłodziła troje dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną; sama zresztą pozostała zdrową w przeciągu 7 lat. Przypadki spostrzegane przez Meneauta[1]) i Nevins-Hydego[2]) niemniej są przekonywające. Przypadek Meneauta tyczył się dwojga dzieci z kiłą dziedziczną, które urodziła zdrowa matka; ojciec dzieci przebywał kiłę przed zapłodnieniem pierwszego dziecka; oprócz tych dwojga dzieci, wymieniona matka poroniła dwa razy. Drugi przypadek Nevins-Hydego tyczył się zdrowej kobiety, u której następstwem stósunku miłosnego z mężczyzną chorym na kiłę było urodzenie nieżywego płodu kiłowego; wstąpiwszy zaś w związki małżeńskie ze zdrowym mężczyzną, spłodziła z nim dwoje zdrowych dzieci. Przypadek Rineckera[3]) dowodzi niewątpliwie możliwości wyłącznego udziału ojca w przekazywaniu kiły potomstwu; tyczył się on pewnej matki, u której przed urodzeniem dziecka kiłowego pojawił się świeży wrzód pierwotny i dopiero w miesiąc po przyjściu na świat dziecka wystąpiły ogólne objawy kiłowe; oczywista rzecz, iż w tym przypadku winowajcą kiły dziecka był zakażony kiłą ojciec, jajko zaś matki było zdrowem. Weil[4]) oświadcza się też za zdaniem, iż kiła dziedziczna często pochodzi wyłącznie od ojca, matka zaś może być podczas zapłodnienia zdrową, pomimo to jednak wydaje na świat zakażone kiłą potomstwo; na poparcie swego zdania przytacza przypadek zdrowej kobiety, która w 6. miesiącu ciąży zakaziła się kiłą; urodzone dziecko przedstawiało wybitne objawy kiły dziedzicznej, która pochodziła niezawodnie od ojca a nie od matki, ponieważ ostatnia w chwili zapłodnienia była zupełnie zdrową.

Niemniej przekonywające dowody ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej przedstawili: Mewis[5]), Anton[6]), von-Hecker[7]) i Fournier[8]); w 108 przypadkach, zebranych przez Mewisa, matki, pomimo urodzenia 109 dzieci z kiłą dziedziczną, pozostały zdrowemi i nie przedstawiały żadnych oznak i śladów kiły; Anton podaje opis 70 przypadków kiły potomstwa; w 14 matki, wydając na świat dzieci kiłowe, pozostawały zdrowemi; von Hecker zebrał 173 przypadków kiły dziedzicznej, które wykazały, iż

[1]) Annales de dermat. 1877; przytocz. u Riocreux. p. 51—52. (p. dalej).
[2]) Archiv of Dermatology. 1878. April. pag. 103.
[3]) Tagbl. d. 51. Versammlung deutsch. Naturforscher u. Aerzte. 1878. pag. 91.
[4]) Volkmann's Samml. klin. Vorträge. N. 130. pag. 888—889.
[5]) Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaekol. 1879. IV. pag. 10—63.
[6]) Anton. Ueber hereditäre Syphilis. In.-diss. Berlin. 1880. pag. 8—20. (13, 14, 17, 21, 25, 26, 30, 33, 39, 40, 43, 51, 54 i 56 przypadki).
[7]) Wiener medicin. Blätter. 1881. 37. pag. 1147—1150.
[8]) A. Fournier. Syphilis et mariage. Paris. 1880. p. 231—241, obs. I—LXXXVII.

choroba potomstwa przeważnie pochodziła od ojca, a nie od matki; 53 matek było zupełnie wolnych od wszelkich objawów kiły. Fournier przytacza 87 przypadków, w których ojciec był głównym winowajcą kiły potomstwa; podaje następnie 14 przypadków, tyczących się zdrowych matek, które płodziły z ojcami kiłowymi dzieci cierpiące na kiłę dziedziczną[1]).

Późniejsze przyczynki, udowadniające pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca, przedstawili: Wiede[2]), Scarenzio[3]), Orth[4]), G. Behrend[5]), Rosenberg[6]), Michelson[7]), Neumann[8]), Kassowitz[9]), Blackwood[10]), Herhold[11]) i Gaudichier[12]). Na podstawie sześciu, dokładnie spostrzeganych przypadków sądzi Wiede, że kobiety, które nigdy nie okazywały śladów kiły, mogą wydawać na świat dzieci, dotknięte kiłą już podczas urodzenia, lub też wkrótce potem; w takich przypadkach chorobę potomstwa należy przypisać świeżej lub niedawno przebytej kile ojca. Orth podaje szczegółowy opis trzech przypadków, odnoszących się do matek, które w przeciągu kilku lat pozostając zdrowemi i nie wykazując żadnych objawów kiłowych, wydawały na świat dzieci kiłowe. W przypadkach Scarenzii i Behrenda zdrowe matki płodziły z kiłowymi ojcami dzieci dotknięte kiłą dziedziczną. Przypadek G. Behrenda ciekawym i ważnym jest z tego względu, iż kiłowy ojciec był winowajcą przyjścia na świat 11 płodów zakażonych kiłą; kilka z nich poroniła matka, niektóre zaś przyszły wczas na świat, lecz przedstawiały oznaki wybitnej kiły i wkrótce po urodzeniu zmarły. Dwoje zaledwo pozostało przy życiu dzięki energicznemu leczeniu; matka zaś w ciągu 15 lat zamęźcia swego zawsze była najzupełniej zdrową i nie okazywała żadnych objawów kiłowych. Podobny też przypadek opisuje Rosenberg; tyczył się on zdrowej matki, która rodziła potomstwo kiłowe, pomimo to żadnych śladów kiły nie dostrzeżono u niej w ciągu kilku lat najściślejszej obserwacyi. Michelson spostrzegał niejednokrotnie podobne przypadki. Neumann przytacza cały szereg spostrzeżeń, składający się z 12 przypadków, w których kiła dziedziczna była przekazaną potomstwu przez ojca kiłowego, matka zaś nie była zakażoną. Kassowitz przytoczył w 1883. roku nowy przypadek, tyczący się tej kwestyi: ojciec, który przed 4 laty przebywał kiłę, spłodził ze zdrową matką dziecię kiłowe; ostatnie wkrótce po urodzeniu zmarło. Wskutek swoistego leczenia ojca następne dziecko przedstawiało już mniej wybitne objawy kiłowe, po upływie zaś następnych sześciu lat urodziło się już zdrowe i wolne od kiły dziecię; przez cały ten czas u matki żadnych objawów kiłowych nie dostrze-

[1]) l. c. pag. 277—281. obs. I—VII.
[2]) E. Wiede. Beiträge zum Kapitel der hereditären Syphilis. Inaug.-diss. Würzburg. 1880. pag. 53 (5, 19, 24, 25, 27 i 28 przypadki).
[3]) Gior. ital. d. malad. veneree e della pelle. 1880. XV. 1. pag. 16—20.
[4]) Orth. Ueber Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters und angeborener Syphilis der Kinder. Inaug. diss. Heidelberg. 1880. pag. 18—26.
[5]) Berliner klin. Woch. 1881. 8, 9. pag. 107 i 124.
[6]) Viertelj. f. Dermat. und Syphilis. 1882. pag. 461—480.
[7]) Monatsch. f. prakt. Dermatologie. 1883. pag. 5—8.
[8]) Wiener mediz. Blätter. 1883. 18, 19. pag. 531 i 568; Mediz. Jahrbüch. Wien. 1885. $^3/_4$. pag. 296—298.
[9]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1883. XXI. $^1/_2$. pag. 61—62.
[10]) Philad. medic. Times. 1883/84. XIV. pag. 526—530.
[11]) C. Herhold. Ueber Lues hereditaria. Inaug. diss. Berlin. 1884. pag. 14—15.
[12]) Annales de dermatol. et de syphil. 1885. 2. pag. 90—92.

żono. Blackwood i Herhold spostrzegali każdy po trzy podobne przypadki, Gaudichier zaś opisał dwa podobne przypadki.

Z poważniejszych spółczesnych syfilidologów utrzymują Morrow[1]), Diday[2]) i Fournier[3]), iż kiła dziedziczna potomstwa przeważnie pochodzi od ojca; inni zaś przypisują zarówno ojcu i matce udział w sprawie przekazywania kiły potomstwu (Barduzzi[4]), Schuster[5]), Zeissl[6]), Gamberini[7]), Kaposi[8]), Profeta[9]), Campana[10]), Finger[11]).) Poglądy w tej sprawie paryzkiej szkoły syfilidologicznej Fourniera dokładnie i szczegółowo wyłożył w pięknie napisanej rozprawie Riocreux[12]). Przytoczymy tu treść jej w kilku słowach: wychodząc z zapatrywania się na kiłę, jako na zakaźną, prątkową chorobę, tłómaczy on odziedziczenie kiły jako rodzaj przeniesienia przyrzutu chorobowego, które w ten sposób się odbywa, iż ojciec, dotknięty kiłą, wprowadza podczas zapłodnienia przyrzut kiłowy z plemnikami do jajka kobiecego i tą drogą zakaża powstający zarodek. Jakkolwiek przeciwko dziedziczeniu od ojca kiły podnoszono zarzut, jakoby nieznaczne objawy kiłowe u matki łatwo było niekiedy przeoczyć, wypada według Riocreuxa przypuścić, że jeśli się nawet wykluczy znaczną liczbę należących tu przypadków, jako nie zupełnie przekonywających, to zawsze jednak pozostanie dość pokaźna liczba udowadniających przypadków (spostrzeganych nawet przez lekarzy w ich własnej rodzinie), które stwierdzają dziedziczenie kiły od ojca, podczas gdy matka pozostaje zdrową. Riocreux przytacza w swej rozprawie kilkanaście takich przypadków ściśle spostrzeganych, w których kiłowy ojciec płodził ze zdrową matką dzieci dotknięte kiłą dziedziczną, matka zaś pozostawała zdrową i wolną od wszelkich objawów kiły. Z materyału statystycznego Fourniera podaje on następne wyniki: z 75 małżeństw, złożonych z ojca kiłowego i zdrowej matki, 43 płodziły chore na kiłę dzieci; na 112 zaś rodzin, w których znajdowały się dzieci kiłowe, w 43 ojciec jedynie, w 69 zaś oboje rodzice przebywali kiłę[13]). Opisane przez Linna[14]), Leloira[15]) i Carlbroma[16]) przypadki przemawiają także na korzyść ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej, ponieważ matki dzieci kiłowych pozostały zdrowemi. Dwa przypadki Merza[17]) należy zaliczyć do rzędu najwięcej przekonywających, albowiem tyczyły się one ojców kiłowych, którzy płodzili potomstwo kiłowe, matki zaś nie okazywały żadnych oznak choroby; nadto w drugim przypadku Merza matka zaraziła się kiłą od swego dziecka podczas jego karmienia i dostała wrzodu pierwotnego na brodawce piersiowej, po którem niebawem wystąpiły ogólne objawy kiłowe.

W długim szeregu przypadków, przytoczonych w ciekawej rozprawie lekarza przytułku dla podrzutków w Wiedniu, Schlichtera[1]) i tyczących się dzieci kiłą dziedziczną nawiedzonych, choroba dzieci pochodziła niewątpliwie od ojca bez udziału matki. W przypadku Hesslera[2]) zdrowa matka wydała na świat nieżywe dziecię, u którego można było wykazać zwyrodnienia kiłowe rozmaitych organów wewnętrznych, przeważnie płuc i wątroby. W przypadku Bergha[3]) dziecię, urodzone przez zdrową i wolną od kiły matkę, wkrótce zapadło na rozmaite objawy wtórorzędne skóry i błon śluzowych, u matki zaś w 6 miesięcy po urodzeniu dziecka zauważono pierwotne objawy kiły na częściach rodnych, po których później wystąpiły ogólne objawy kiłowe. Matka i dziecko wkrótce wyzdrowiały w skutek leczenia swoistego.

Jakkolwiek przeciwko wielu z przytoczonych wyżej przypadków podnieść można ten zarzut, iż stanu zdrowia niektórych matek nie obserwowano dokładnie, niektóre zaś z przypadków są krótko i pobieżnie opisane i t. p., wszakże zawsze jeszcze pozostanie liczny poczet dobrze spostrzeganych i przekonywających przypadków, w których stan zdrowia matki był najdokładniej notowanym. Najwięcej udowadniające przypadki podali Nevins-Hyde, Weil, Wiede, Rinecker, Merz i Bergh, pomijając już innych.

Rozpatrując się w przytoczonej kazuistyce, tyczącej się wyłącznego udziału ojca w sprawie przekazywania kiły potomstwu, przekonywamy się stanowczo, iż **kiłowy ojciec często płodzi ze zdrową kobietą potomstwo kiłowe.**

Bezwątpienia udział ojca kiłowego w sprawie przekazywania kiły potomstwu trwa zaledwie kilka sekund, mianowicie podczas spółkowania zapładniającego matkę, i ogranicza się li tylko na zetknięciu się zakażonego nasienia ze zdrowem jajkiem. Dzieci, z takiego nasienia spłodzone, przedstawiają później objawy kiły dziedzicznej, które występują bądź jeszcze w łonie matki, bądź też wkrótce po przyjściu na świat dziecka. Niektórzy jednak dawniejsi autorowie przypuszczali, jakoby udział ojca w przekazywaniu kiły potomstwu nie ograniczał się li tylko na dostarczeniu nasienia niezbędnego dla zapłodnienia matki, lecz może objawiać się i później przez cały ciąg brzemienności, co ma niby nastąpić w ten sposób, iż przedtem zdrowy ojciec spłodziwszy ze zdrową matką dziecię, jeżeli po upływie pewnego czasu nabędzie świeżej kiły, może podczas spółkowania udzielić swej choroby znajdującemu się w łonie matki płodowi (Blégny[4]), Nisbett[5]), Albers[6]).) Już *a priori* trudno na seryo traktować podobne przypuszczenie, tembardziej zaś, jeżeli się uwzględni okoliczności, w których się znajduje płód, zamknięty zewsząd w łonie matki i otoczony nadto mocne-

---

[1]) Journal of cutan. diseases. 1887. 4. pag. 129—131.
[2]) Annales de dermat. et syph. 1887. 5. pag. 303—316.
[3]) Bulletin médical. 1889. 47, pag. 740—744.
[4]) Gior. Ital. d. mal. veneree. 1887. 3. pag. 129—138.
[5]) Die Syphilis, deren Wesen, Verlauf und Behandlung. Berlin. 1887. pag. 104.
[6]) M. von Zeissl. Lehrbuch der Syphilis. Stuttgart. 1888. p. 669.
[7]) Bollet d. scienze mediche di Bologna. 1888. pag. 56.
[8]) M. Kaposi. Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1891. pag. 386.
[9]) Profetta. Trattato pratico delle malattie veneree. Palermo. 1888. pag. 931—935.
[10]) R. Campana. Dei morbi sifilitici e venerei. Genova. 1889. I. pag. 270.
[11]) E. Finger. O dziedziczeniu kiły. Kraków. 1892. str. 8.
[12]) Riocreux. Syphilis; hérédité paternelle. Thése. Paris. 1888.
[13]) l. c. pag. 131—132.
[14]) Annales de dermat. et syph. 1888. 2; Mtsh. f. prakt. Dermat. 1888. pag. 598.
[15]) Journal des connaissances médicales. 1889. 31. p. 242—244.
[16]) Sitzungsbericht d. Riga'schen deutsch. medicin. Gesellschaft. 1889. pag. 552.
[17]) Archives de tocologie. 1890. I. pag. 34—47.

[1]) Wiener klin. Wochens. 1791. 1, 2, 3, 5 (V—XX Fälle).
[2]) Journal of cutaneous dis. 1893. 3. pag. 104.
[3]) Monatsch. f. prakt. Dermatol. 1893. XVII. 3. pag. 117—119.
[4]) Blégny. L'art de guérir les mal. vénériennes. Paris 1673.
[5]) Nisbett. Theoretische und praktische Abhandlung über die Lustseuche. Leipzig. 1789.
[6]) Albers. Die Erkenntniss und Kur der syphilischen Hautkrankheiten. Berlin. 1832. pag. 19—20.

mi błonami, przez które trudno byłoby przeniknąć przyrzutowi kiłowemu.

Zestawiwszy więc właściwą, licznie nagromadzoną kazuistykę i rozpatrzywszy się w niej, możemy odpowiedzieć na pierwsze pytanie: czy kiła dziedziczna może pochodzić jedynie od ojca bez udziału matki? Mianowicie zaś wypada nam orzec, iż bardzo często, w przeważnej liczbie przypadków, kiła dziedziczna, objawiająca się u potomstwa, zawdzięcza swe pochodzenie jedynie chorobie ojca, czyli że udowodnionem jest bezpośrednie przekazywanie kiły potomstwu od ojca kiłowego bez udziału matki w skutek przeniesienia z plemnikami kiłowego przyrzutu do jajka zdrowej matki, w następstwie czego powstaje dotknięty kiłą dziedziczną płód.

Z tylko co omówionej głównej kwestyi tyczącej się udziału ojca w kile dziedzicznej, wysnuwają się następnie dwie dodatkowe kwestye: 1) czy ojciec kiłowy zawsze płodzi dzieci kiłowe, czy też mogą niekiedy dzieci z niego zrodzone pozostać zdrowemi? 2) czy matka, będąc przez ojca kiłowego zapłodnioną, pozostaje nadal zdrową, czy też zakaża się jednocześnie z płodem kiłą?

Odkładając na później rozbiór tych dwu kwestyj, przystąpimy w następnym rozdziale do rozpatrzenia i wyjaśnienia kwestyi udziału matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Rosenbach: **O nadużywaniu dwuwęglanu sodowego w chorobach żołądka.**

W wielu przypadkach przemieniają się lekkie zboczenia w trawieniu przez przesadne używanie dwuwęglanu sodowego w przypady chorobliwe wcale poważne.

Samo tak utarte przypuszczenie, że dwuwęglan sodowy powstrzymuje zbytnie tworzenie się kwasu żołądkowego, nie daje jeszcze samo przez się należytego wskazania do nadużywania tego na pozór obojętnego środka; gdy bowiem wiadomo z doświadczenia, że dwuwęglan sodowy skutkuje wobec wcale niezbytniej produkcyi kwasu solnego, to z drugiej strony nadmierne wydzielanie się kwasu solnego ma tylko w pewnych, ściśle oznaczonych okolicznościach istotne patologiczne znaczenie, jako objaw nadmiernej czynności błony śluzowej żołądka. Nie ma też po dziś dzień żadnej, ogólnie przyjąć się dającej granicy między prawidłową a nadmierną kwasotą żołądka tak, że, co u jednego musi się uznać za nadmiar kwasu, to u drugiego stanowi zaledwo właściwą ilość; tak n. p. u osób nerwowych lub anemicznych, których żołądek niewiele kwasu wydziela, już małe, dla innych ledwo znaczne podniesienie się kwasoty żołądka sprawia poważne zadraźnienia, wymioty, kolki, pieczenie w gardle i t. p. Gdy nadto u wielu ludzi trawienie w żołądku zależy w znacznej mierze od trawienia w jelitach i zboczenia tego ostatniego sprowadzają objawy zmiany funkcyi żołądka, to fałszywemby było szukać przyczyny głównej schorzenia w tymże jedynie organie, badaniu dostępniejszym. To też zamiast uznać pewne formy zwiększenia się kwasoty żołądka, jako konieczne następstwo kompenzacyjnej jego czynności wobec zboczeń w jelitach, zamiast upatrywać w zwiększeniu się czynności objaw prawidłowej reakcyi na silniejsze lub dłużej trwające podrażnienia, tworzy się samowolnie obraz pierwotnego cierpienia żołądka i dochodzi się do fałszywej terapii, pomijając wzgląd, że wobec takiej kwasoty, czysto kompenzacyjnej natury, można zaradzić chorobie jedynie przez doprowadzenie do prawidła czynności jelit, nie zaś przez zobojętnienie treści żołądkowej. Tym sposobem utrudnia się przejście jej pod wpływem drażniącego mocno kwasu solnego i znosi się przez zobojętnienie pobudzenie atonicznego jelita do mocniejszych ruchów robaczkowych, skutkiem czego występuje zastój w żołądku z kiśnieniem i tworzeniem się gazów lub w żołądku zupełnie zdrowym zwiększenie podrażnienia do sekrecyi.

U wielu osób prawidłowy ruch robaczkowy jelit zaledwie jest możliwy bez mocnego wydzielania się kwasów w żołądku, gdyż jelito cienkie a także i grube potrzebuje niekiedy szczególnie mocnego podrażnienia; u indywiduów takich podanie kwasu solnego wpływa korzystnie na wypróżnienia.

Z powyższych uwag wypada zatem, że wpierw, nim się orzeknie o wydzielniczej czynności żołądka, należy się zastanowić nad czynnością całego przewodu pokarmowego oraz nad okolicznościami, w jakich odbywa się praca trawiąca i opróżnianie się żołądka z treści.

Dla orzeczenia, czy właśnie kwasota treści żołądkowej jest przyczyną zboczeń w trawieniu, należy w każdym przypadku dokładnie uwzględnić również stan ogólny chorego, jego zatrudnienie, rodzaj pożywienia i sposób spożywania, ogólną i miejscową wrażliwość, zachowanie się wypróżnień i t.p. a w uzupełnieniu tych okoliczności nadto badanie chemizmu t. j. kwasoty żołądka.

Wynik zwykłego śniadania próbnego należy brać z wielką tylko ostrożnością za podstawę dla oznaczenia siły trawienia, gdyż wielu trawi wprawdzie to śniadanie zupełnie prawidłowo a wcale nie znosi pokarmów codziennego życia; inni znów tylko w pewnych porach dnia lub po natężającej pracy okazują nieprawidłowości w trawieniu; wreszcie pozornie prawidłowy wynik trawienia w żołądku nie stanowi jeszcze o prawidłowem trawieniu w ogóle.

Wpływu rozmaitych kwasów na trawienie dotychczas należycie nie uwzględniono a znaczenia kwasu solnego nie należy generalizować. Znane są przypadki, w których tylko jeden kwas (mleczny, octowy...) działa drażniąco; w innych nawet nadmierne wytwarzanie się wolnego kwasu solnego żadnego niekorzystnego wpływu nie wywiera na trawienie. Gdy wszakże wiadomo ogólnie z doświadczenia, że w przeważnej liczbie zboczeń w trawieniu dwuwęglan sodowy główne cierpienia łagodzi na jakiś czas, nic dziwnego, że pacyenci, popróbowawszy jego działania, używają go coraz częściej i w coraz większych dawkach.

Te łagodzące skutki dwuwęglanu sodowego dadzą się wytłómaczyć, skoro się rozważy przebieg trawienia żołądkowego a zwłaszcza drażniący i pobudzający ruch robaczkowy wpływ kwaśnych produktów z pokarmów, pod wpływem kwasu solnego (a także i pepsyny) powstałych.

Wogóle przejście pokarmów z żołądka do jelit następuje tem rychlej i tem nieboleśniej, im mocniej miazga pokarmowa napoiła się kwasem solnym, przyjąwszy nadto poprzód dokładne, mechaniczne rozdrobnienie potraw jako najważniejszy warunek przy przedostaniu się miazgi przez odźwiernik. Gdy jednak to ukwaszenie wystąpi za rychło i w wielkim stopniu a znaczne masy kwasu za wcześnie przejdą do dwunastnicy, powstają tamże silne ruchy, tamujące dalsze przejście mas z żołądka, tem więcej, jeźli i pokarmy nie są dość rozdrobnione. Dzieje się to, gdy się jada z pośpiechem a chciwie, gdy się pokarmy nie dość naślinia, gdy się je spożywa w stanie znacznego umysłowego osłabienia. We wszystkich tych razach zachodzi niestósunek między siłą ruchu a wytwarzaniem kwasu i wtedy albo żołądek jest osłabiony a tworzenie się kwasu nadmierne, lub też żołądek kurczy się żywo, ale wydzielanie się kwasu jest niedostateczne. Ważność związku, jaki zachodzi między temi obiema funkcyami, daje się dokładnie obserwować, zwłaszcza na przetokach żołądkowych.

W drugim szeregu przypadków tkwi przyczyna zboczenia w szybkiem a obfitem wydzielaniu się kwasów tłuszczowych, mlekowego, octowego. Zależy to w pewnej mierze od składu potraw, z drugiej strony od niedomogi gruczołów, które nawet w stanie prawidłowym wydzielają za mało kwasu solnego. Zresztą kwasy organiczne mogą tworzyć się także przy całkiem prawidłowem wydzielaniu się kwasu, skoro kwas silniejszy wyprze słabszy z jego połączeń.

Do trzeciej kategoryi zalicza się przypadki, wykazujące przy badaniu treści żołądkowej prawidłową a nawet małą ilość kwasów różnego rodzaju, w których przecież mimo to istnieją znaczne dolegliwości, dające się koić użyciem dwuwęglanu sodowego. Jest to stan przeczulicy żołądka, występujący jako najczęstsza przyczyna tak często obecnie spotykanej dyspepsyi, w której już małe ilości kwasu, czy też nieznaczne mechaniczne bodźce sprawiają kurcze i boleści, tem łatwiej wobec równoczesnej, chwilowej czy dłużej trwającej przeczulicy organu. Forma ta jest bardzo częstą, podobnie jak nerwowy kaszel, nerwowe rozwolnienie, histeryczne wymioty, następstwem przebytych zboczeń miejscowych (jak n. p. ostrego nieżytu), które tylko dlatego przeszły w stan przewlekły, ponieważ lekarz nawet już po ustąpieniu zmian w tkance ze zbytniej przezorności lub pobłażliwości dla chorego nie wpłynął we właściwym czasie na uregulowanie prawidłowej czynności organu.

Wielka część tym podobnych zboczeń powstaje na tle niedokrewności lub nerwowości a skoro raz się wytworzył stan przeczulicy, to zwraca on na siebie uwagę pacyenta tak mocno, że tenże odczuwa przesadnie dotkliwie choćby najlżejsze podrażnienia żołądka i w dalszem następstwie, zamiast narząd ćwiczyć, oszczędza mu wszelkiej pracy, rozdelikaca go i osłabia, wytwarzając w końcu tym sposobem obraz podobny do owrzodzeń lub zbliznowaceń żołądka. Używany w tych przypadkach dwuwęglan sodowy działa jak narkotyk; zmniejsza bowiem podrażnienie ruchu robaczkowego przez zmniejszanie podrażnienia, wywołanego przez kwas żołądkowy.

To kojące działanie sody uwodzi często chorych, nie zdających sobie naturalnie sprawy z owej okoliczności tak, że zużywają coraz to większe ilości i w coraz to krótszych odstępach, aż wreszcie doprowadzają przy coraz to skrupulatniejszem przestrzeganiu dyety, do osłabienia siły trawiącej żołądka z braku podrażnienia (*insufficientia e functione minima.*)

Do stałego używania dwuwęglanu sodowego skłania wielu chorych uczucie pełni i napięcia w dołku podsercowym oraz pewnego rodzaju bezdech, zmniejszające się po odbijaniu się gazami. Chorzy tacy prą zatem i dławią się, byle tylko przez tego rodzaju ruchy pozbyć się gazów, lub też zażywają w tym samym celu dwuwęglan sodowy. Tak jedno jak i drugie jest szkodliwem, zwiększa bowiem tylko już istniejącą przeczulicę, osłabia trawienie i odwraca uwagę od głównego zboczenia, słowem podmiotową chwilową ulgę opłaca chory rychłem pogorszeniem się przedmiotowem. Odbija się to zwłaszcza szkodliwie na osobach niedokrewnych i o słabem już pierwotnie trawieniu, które wogóle stosunkowo mało wytwarzają kwasu żołądkowego.

Nie trzeba sobie również przedstawiać, jakoby pewna ilość sody zawsze zobojętniała całą ilość kwasu; zdarza się to tylko w narządach, mało kwasu wydzielających, w przypadkach atonii błony śluzowej oraz w chorobach ogólnych.

Pierwszem następstwem neutralizacyi u osób prawidłowych jest zawsze pobudzenie do dalszej produkcyi kwasu; tam zaś, gdzie przez nowe dawki dwuwęglanu sodowego wytwór gruczołów natychmiast się zobojętnia, czynności ich w końcu zatrzymują się, przez co tylko wyrządza się wprost szkodę organizmowi.

Z podobnych przyczyn bywa też szkodliwem zażywanie dwuwęglanu sodowego w przypadkach przewlekłych zmian w przewodzie pokarmowym, jakoto w nieżycie przewlekłym żołądka, w stłuszczeniu, zastoju lub marskości wątroby, dalej u ludzi schorzałych skutkiem obfitego a tłustego pożywienia, nadużycia wyskoku, tytoniu i t. p., mimo że środek ten usuwa na razie nieprzyjemne odbijania, palenie w gardle i t. p. przypadłości.

Przez osłabienie wpływu kwasu na trawienie, zalegają pokarmy dłuższy czas w żołądku, drażnią błonę śluzową, podtrzymują nieżyt i zwiększają niedomogę (*insufficientia*) gruczołów.

Zatem w myśl powyższych uwag wskazania dla używania dwuwęglanu sodowego są następujące:

Przedewszystkiem nie używa się środka zobojętniającego dopóty, dopóki nie uwzględni się trawienia w ogóle i nie nabierze pewności, że kwaśne odbijania, pieczenie w gardle (zgaga) polegają na pierwotnych, nieprawidłowych zmianach w trawieniu żołądka, na istotnem zwiększeniu się kwasoty lub na kwaśnym rozkładzie treści żołądkowej — nie zaś, że są one następstwem nerwowości, niedokrewności, nadużycia tytoniu, wyskoku lub też już poprzedniego użycia sody.

Dalej nie należy podawać dwuwęglanu sodowego przez dłuższy czas lub używanie jego pozostawić choremu, nie przestrzegłszy go o możliwych złych skutkach; u osób nerwowych lub niedokrewnych należy nadto zwracać uwagę na wpływ psychicznego usposobienia na trawienie.

Po ostrych niestrawnościach oraz po obfitem użyciu wina, małe dawki tego środka znoszą nadmiar kwasu a czynności gruczołów nietylko nie szkodzą, ale ją nawet powiększają tak, że wobec zwiększenia się produkcyi kwasu solnego ułatwia się trawienie a usuwa nadmierne kiśnienia. Używanie częstsze w małych ilościach (na koniec noża) jest równie nieszkodliwem, jak używanie soli kuchennej po obiedzie w celu zobojętnienia po kwaśnej sałacie lub winie.

Po obfitszych ucztach, ostro występującej niestrawności, kwasach organicznych, najlepiej reguluje trawienie kilka kropel kwasu solnego, sprowadzając, jeśli nie tak rychłą jak dwuwęglan sodowy, to znacznie trwalszą ulgę. Wskazanym jest dwuwęglan sodowy, gdy przy zdrowym zresztą żołądku, wystąpi w skutek nadużycia w jedzeniu nadmiar kwasoty, mocne palenie w gardle, wzdęcie, astmatyczne przypadłości, gdy zresztą nie można opróżnić żołądka ani przez wymioty ani przez wypompowanie.

Więcej niż na koniec noża nie należy podawać, prócz pewnych szczególnych wskazań; w wielu razach natomiast kawałek suchego chleba lub bułki sprowadza toż samo kojące działanie przez wessanie nadmiaru wolnego kwasu.

Nie zaleca się wreszcie używania dwuwęglanu sodowego u niedokrewnych, w przeczulicy przewodu pokarmowego i przewlekłym nieżycie żołądka.

W ogóle należy przy oznaczaniu dawki trzymać się wskazań, przy równoczesnem zachowaniu wszelkich ostrożności, pod ciągłą kontrolą lekarza, w małych dawkach a przez krótki tylko przeciąg czasu. *(Münchner med. Wschr. 1894. Nr. 3).* *Dr. Leopold Kosiński.*

Choroby zakaźne.

Arslan Ervant: **Peptonurya w przebiegu płonicy.**

Autor robiąc doświadczenia i badania w klinice prof. Granchera w Paryżu, obserwował w niektórych przypadkach płonicy peptonuryę i wykazał, że jest ona zawsze bardzo poważnym objawem ze względu na rokowanie, zdradza ciężkie komplikacye a nieraz je nawet poprzedza. W przypadkach zboczeń w przewodzie pokarmowym łączy się peptonurya z indykanuryą. Sposób wykrycia peptonów wedle autora jest bardzo prosty: Po wydzieleniu białka miesza się 5 cm. sz. moczu, białka pozbawionego, z 10 kroplami kwasu octowego 10 kroplami roztworu *hydrargyri bichlor* 1·00, *kali jodati* 3·00 i *Aqu. destil.* 60,00. Wrazie obecności peptonów powstaje biały osad, który mógłby pochodzić od alkaloidów, jeżeli chory dostawał je w postaci leków, lecz wtedy rozpuszcza się za dodaniem wyskoku bezwodnego. Pod względem etyologicznym skłania się autor do pasorzytniczego pochodzenia peptonuryi; pewnikiem jest bowiem, iż substancye

białkowate mogą zmienić się w peptony pod wpływem bakteryj. (*Gazette médicale de Paris z 25. Lutego 1893.*)

Pestalozza: Leczenie krztuśca przez szczepienie ospy.

Z jednej strony jako zwolennik teoryi Cantaniego (bakteryoterapia), z drugiej strony opierając się na pracach Jennera, że limfa zaszczepiona organizmowi wpływa korzystnie na rozmaite sprawy chorobowe i idąc za doświadczeniami Chapmanna, Pexa, Margara, Cachaza, zaszczepił autor w 30 przypadkach kokluszu krowiankę. Z chwilą wystąpienia pęcherzy, więc koło 8. dnia, następowała znaczna poprawa a w przeciągu 15 dni napady kokluszu ustały zupełnie. Ani ze względu na okres choroby ani nawet na wyniszczony stan ogólny dziecka nie ma przeciwskazania do szczepienia. Najstósowniej jednakowoż jest dokonać zabiegu tego z końcem drugiego tygodnia, gdyż wtedy okres kurczowy krztuśca szybko przemija. (*Archivio italiano di Pediatrie 1893. p. 24 ff. 76 ff, 109 ff.* *Dr. Bolesław Komorowski.*

Ginekologia.

J. Pfannenstiel: O niebezpieczeństwach wywołanych przez wstrzykiwanie gliceryny do macicy, jako środka wzniecającego sztuczny poród.

Zachęcony rezultatami otrzymanymi przez Pelzera, który w celu wzniecenia przedwczesnego porodu wstrzykiwał zgęszczoną glicerynę do macicy, jako też Winckla, który go naśladował, użył autor wspomnianej metody w dwóch przypadkach w klinice wrocławskiej. Pierwszy przypadek tyczył się osoby w 9. miesiącu ciąży, okazującej sinicę i znaczne obrzęki z przyczyny zapalenia nerek; drugi zaś osoby zupełnie zdrowej, będącej na początku 10. miesiąca księżycowego ciąży i okazującej znaczniejsze ścieśnienie miednicy, u której dwa poprzednie porody zakończyły się wymóżdżeniem płodu. W pierwszym przypadku wstrzyknął około 80 cm. sz. wyjałowionej gliceryny pomiędzy błony płodowe a ścianę macicy; bóle porodowe nie wystąpiły, natomiast ukazały się objawy ciężkiego zapadu, wśród którego chora w kilka godzin potem umarła. Oględziny pośmiertne wykazały, jako przyczynę śmierci ostre zapalenie nerek; mocz wydobyty po śmierci mocno krwawo zabarwiony, błona śluzowa pęcherza moczowego przekrwiona, gdzieniegdzie wynaczynionkami pokryta. W drugim przypadku zaraz po wstrzyknięciu 100 cm. sz. takiejże gliceryny pojawiły się bardzo gwałtowne bóle; te jednak wkrótce ustąpiły pozostawiając znaczną bolesność macicy a nadto w godzinę po owem wstrzyknieniu sinica, duszność, majaczenia, ciepłota ciała 39°. Objawy te znikły po 3 godzinach, mocz jednak krwawo zabarwiony zawierał jeszcze przez 24 godzin znaczną ilość białka. Po tak smutnem doświadczeniu użyto balonika Brauna z dobrym skutkiem.

Autor zastanawia się głównie nad drugim przypadkiem, gdyż doświadczenie pierwsze, jako na osobie chorej dokonane, uważa za niedokładne i przychodzi do przekonania, że użycie gliceryny w celu wywołania sztucznego porodu więcej może ciężarnej przynieść szkody, niż korzyści, gdyż pomijając niebezpieczeństwo mogące powstać podczas wstrzykiwania płynów między błony a ścianę macicy, mamy tu niewątpliwe objawy zatrucia glicerynowego w postaci hemoglobinuryi i zadraźnienia nerek, obok gwałtownych objawów jak sinica, duszność i majaczenia. Że gliceryna zgęszczona, wprowadzona do ustroju wywołuje rzeczywiście takie objawy zatrucia, dowodzą tego najwymowniej doświadczenia Afanassiewa, Lebediewa, Schwalna i Filehnego na zwierzętach, które wykazały, że 20% rozczyn gliceryny jeszcze sprawia hemoglobinuryę a po dłuższem używaniu zapalenie nerek. Na podstawie tych spostrzeżeń ostrzega autor przed metodą Pelzera. (*Centralblatt für Gynäkologie. Nr. 4. Styczeń 1894*). *Dr. Zoll.*

Zapiski terapeutyczne.

— Ze spostrzeżeń Cividallego i Gianellego na chorych w zakładzie obłąkanych w Rzymie wypada, iż duboazyna, używana, jak wiadomo, do uspakajania chorych obłąkanych i przeciw napadom drgawek u histeryczek, działa w postaci wstrzykiwań podskórnych obojętnego siarkanu (*duboisinum sulfuricum neutrum*) bardzo dzielnie przeciw padaczce, zmniejsza bowiem liczbę i moc napadów w tych nawet przypadkach, w których przetwory bromu i podskórne wstrzykiwania atropiny nie odnosiły żadnego skutku, tudzież usuwa śpiączkę po szeregu zbliżonych do siebie napadów; głównie jednak pomyślnie działa duboazyna przeciw obłędowi padaczkowemu i równoważnikom psychicznym epilepsyi.

Cividalli i Gianelli wstrzykują siarkan obojętny duboazyny krystaliczny co dzień pod skórę między łopatki lub w ścianę brzuszną dopóty, dopóki nie okaże się skutek lub nie wystąpią objawy zatrucia, poczynając od $^1/_2$ miligrama dziennie u dorosłego a $^4/_{10}$ miligrama u młodzieży i zwiększają stopniowo tę dawkę o $^1/_{10}$ miligrama, dopóki nie dojdą do miligrama lub półtora miligrama na dzień.

Wstrzykiwania te są nieco bolesne i wywołują niekiedy lekki odczyn zapalny. Po znaczniejszej liczbie wstrzyknięć rozszerza się źrenica, schną drogi oddechowe i występuje lekki zawrót głowy. Mocniejsze objawy zatrucia jak osłabienie nóg, dreszcze, utrata apetytu, pojawiają się dopiero po długiem używaniu dawek po 1 lub $1^1/_2$ miligrama codziennie. Zapadu po wstrzyknieniach podskórnych duboazyny Cividalli i Gianelli nie widzieli. (*La semaine médicale. 21. Lutego 1894*).

— Lyncker miał w leczeniu w ciągu 20 lat więcej, niż 200 przypadków uwięznienia przepukliny i wyleczył wszystkie z wyjątkiem jednego a był między nimi i starzec 82-letni, który po operacyi żył jeszcze dwa lata. Od 5 lat L. nie robił ani razu herniotomii, lecz używał tylko eteru zewnętrznie we wszystkich ciężkich przypadkach uwięznienia przepukliny udowej lub pachwinowej, których nie można było odprowadzić. Pacyenci dostawali injekcyą morfinową i polecenie wylewania regularnie co kwadrans lub pół godziny na ścianę brzuszną po łyżeczce od kawy eteru siarczanego. We wszystkich 30 przypadkach tym sposobem traktowanych udało się po kilku godzinach odprowadzić przepuklinę albo wprost albo po rozpyleniu eteru (spray) nawet wtedy, gdy uwięznienie trwało kilka dni a przepuklina była wielka. (*Therapeutische Mtshefte. Luty 1893*).

— Nad poruszanem tyle razy pytaniem, jak długo należy leczyć kiłę, zastanawia się raz jeszcze prof. Kaposi i rozbiera szczegółowo metodę Fourniera leczenia kiły przez dwa lata po zarażeniu się naprzemian przetworami rtęci i jodu (*méthode des traitements successifs*), w czem inni poszli jeszcze dalej, proponując leczenie to przeprowadzać przez lat kilka nawet w podobny sposób i uważa, że idąc konsekwentnie należałoby chyba na całe życie rozciągać leczenie, skoro nawroty choroby mogą wystąpić i rzeczywiście występują i w 25 i więcej nawet lat po zarażeniu się.

Na takie postępowanie w żaden sposób nie zgadza się prof. Kaposi i wielu syfilidologów, jak Diday, Doyon, Sigmond, Caspary i inni. Nie ma wprawdzie wątpliwości, że kiłę trzeba leczyć za pojawieniem się nawrotów choroby, ale nie ma żadnej potrzeby leczyć chorych wtedy, gdy choroba niczem się nie objawia a to z następujących przyczyn:

1) Największa część chorych wyzdrawia po leczeniu systematycznem w ciągu 1. lub 2. roku choroby, nie okazując potem żadnych objawów choroby, i płodzi zdrowe potomstwo.

2) Ciągłe nasycanie ustroju przetworami rtęci i jodu nie jest bynajmniej obojętne i pytanie, czy ta znaczna liczba przypadków kiły układu nerwowego we Francyi nie zostaje w związku z tem nadużywaniem rtęci i jodu.

3) Ciągłe to leczenie kiły wywiera bardzo zły wpływ moralny na chorych, którzy myśląc ciągle o swej nieszczęs-

nej chorobie, tracą wszelkie zaufanie w swą przyszłość i wpadają jak między Scyllę i Charybdę w obawę z jednej strony kiły (*syphilophobia*), z drugiej rtęcicy (*hydrargyrophobia*).

Prof. Kaposi jest przeto zdania, że kiłę leczyć się powinno wytrwale i systematycznie dopiero wtedy, gdy wystąpią objawy ogólnego zakażenia, i to leczenie w razie potrzeby powtórzyć; leczenie zapobiegawcze t. j. przed wystąpieniem przypadów ogólnych uważa wprost za szkodliwe. Za najodpowiedniejszą formę uważa w każdym razie wcieranie szaruchy a tylko w tych przypadkach, w którychby ich w żaden sposób nie było można robić, należy się wziąć do wstrzykiwań podskórnych przetworów, ile można, trwale skutecznych, jak sublimat, kalomel, olej szary, salicylan rtęciowy i t. p. ze szczególnem zachowaniem ostrożności z przetworami nierozpuszczalnymi. (*Wiener. medic. Wochenschrift. 4. 1894*).

— R. Velletti zaleca na podstawie własnego doświadczenia ichtyol do leczenia wiewióra i nieżytów pęcherza moczowego tak pierwotnych jak i następowych i używa do wstrzykiwań do cewki rozczynów 2·5 i 5%, do przepłukiwania zaś pęcherza moczowego rozczynów 0·5 i 1·0%

— W. Greet w Londynie przekonał się, że parowanie octu (przez mocne ogrzanie w naczyniu nad lampką wyskokową) w pobliżu chorego na dławiec (*croup*) sprawia znaczną ulgę przez zmniejszenie bezdechu i sinicy tudzież ułatwienie wykrztuszania błon wrzekomych.

— Jako dobry środek przeciwgnilny do ust zaleca E. Maurel bardzo słaby rozczyn nadmanganezanu potasowego:

25) Rp. *Kali hypermanganici* 1·00
Aquae destil. 100·00
MDS. Dawać po pięć kropel do szklanki wody letniej.

Do przemywań przeciwgnilnych bardzo dobrym jest przepis:

26) Rp. *Alcoholi 85°* 65·00
Ttrae eucalypti 20·00
Ttrae cinnamomi 10·00
Ttrae rorismarini 5·00
MDS. Po łyżeczce od kawy do szklanki wody letniej.
(*Traité des maladies de la bouche.*)

— Na ostry i przewlekły gościec mięśniowy zaleca Rokitansky maść:

27) Rp. *Ammonii sulfoichthyolici* 15·00
Lanolini 30·00
MS. Zewnętrznie.

IV. Uwagi o szpitalach prowincyonalnych [1]).

Od czasu wprowadzenia w życie ustawy o lekarzach okręgowych poruszano nieraz sprawę stósunku tej nowej instytucyi krajowej do szpitali prowincyonalnych. Pytano się, co dla kraju lepsze, czy lekarze okręgowi czy szpitale? Były i są różnice zdań: głosy za lekarzami okręgowymi a przeciw szpitalom, głosy przeciw lekarzom okręgowym a za szpitalami. Ktokolwiek choć trochę lepiej zapoznał się ze stósunkami zdrowotnymi kraju, zrozumie, że podobne pojmowanie sprawy jest mylne, bo każda z tych instytucyj ma odrębne przeznaczenie i w zakres drugiej nie wchodzi.

Zadaniem lekarza okręgowego jest strzedz stósunków zdrowotnych swego okręgu a więc zapobieganie chorobom nagminnym, w razie zaś ich wybuchu ograniczanie ich rozwoju. Leczenie chorych jest tu na drugim planie; głównie zaś idzie o to, by chory jak najmniej narażał zdrowych na zakażenie. Tak więc n. p. w czasie epidemii czerwonki więcej będzie starał się lekarz okręgowy o studnie, doły kloaczne, zakaz sprzedaży niedojrzałych owoców i t. p., niż o niesienie ulgi osobom już chorym, co najwięcej udzieli im szablonowej pomocy, która może nawet niechętnie będzie przyjęta. Mówię szablonowej, bo ani norma leków, jaką lekarz rozporządza, ani rzadkość dojazdów do danej miejscowości nie może odpowiadać warunkom troskliwego leczenia tak bogatej w przypadłości choroby, jak czerwonka. A jakżeż ma zachować się lekarz gminny wobec świerzbu lub jaglicy? czyż może nawet próbować leczenia świerzbowatych w ich własnym domu, gdzie każdy siennik, każdy kożuch, każda szmata jest gniazdem świerzbowców, lub czy może codziennie objechać kilkanaście gmin, z niebieskim kamykiem w ręku i czy zawsze zastanie w domu chorych na jaglicę? Nie, zadaniem jego bowiem jest odkryć te choroby a jeśli potrafi, odkryć także ich źródło, chorych zaś odeśle do szpitala i to zarówno chorych na czerwonkę, jak na świerzb, na jaglicę i na wiele różnych chorób zakaźnych, w których życie lub zdrowie chorego jest poważnie zagrożone. A w przypadkach niezakaźnych a tak częstych wśród ludu naszego, jak nieszczęścia po gorzelniach lub folwarkach, jak nieprawidłowe porody, jak ciężkie uszkodzenia w bójkach, czy lekarz okręgowy zdoła co zrobić bez pomocy szpitala? Czy może sam trzymać oparzonego całymi tygodniami we wodzie jednakowo ogrzanej, lub uszkodzonemu przez młócarnię wykonać doraźnie amputacyę, kobietę ze zwężeniem miednicy uwolnić cięciem cesarskiem od płodu i to sam jeden, bez pomocy, bez służby, bez narzędzi, do których posiadania nie jest obowiązany? Nie, odeśle te przypadki do szpitala, gdzie znajdą to wszystko, co im do wyleczenia potrzebne, bo właśnie zadaniem szpitala jest ratowanie zdrowia jednostek. Widzimy więc, że lekarze okręgowi i szpitale uzupełniają się wzajemnie; są to dwie dzielne ręce krajowej bogini Higiei: jedna ochrania ludność przed niebezpieczeństwem zakażenia i choroby, druga uzdrawia już zakażonych.

Oddawszy *suum cuique* widzimy, że lekarze gminni nie zastąpią szpitali, owszem, uzupełnić tylko mogą ich działalność, pracując jak sieć, która z głębin najdalszych powiatu wyławia cierpiących i zwraca na właściwą drogę leczenia. Tak rzecz pojąwszy, zrozumiemy potrzebę nowych szpitali w kraju a jest ona niemała. Kto widział w szpitalu przemyskim chorych wenerycznych przywożonych koleją z oddalonego Jarosławia, gdzie znaczna załoga wpływa na rozpowszechnienie zarażenia, kto zna stósunki sanitarne Rawskiego i Cieszanowskiego, albo najbliższych okolic Nowego Targu, Zakopanego i t. p., ten bez szukania odrazu ma miejsce na trzy, bardzo potrzebne szpitale. A takich przykładów więcej znaleśćby można z łatwością. Równocześnie jednak godzi się dążyć, by szpitale już istniejące ulepszać w granicach możności, bo im więcej usterek z nich się usunie, tem lepiej spełnią one swoje szczytne przeznaczenie. To też badanie krajowych stósunków szpitalnych bardzo dotychczas słabe i lekceważone, powinno wejść stale na porządek dzienny pism zawodowych a w pierwszym rzędzie powinni lekarze

[1]) Artykuł ten, przysłany na moje ręce przez jednego z najdzielniejszych sekundaryuszów szpitalnych, przesyłam do *Przeglądu lekarskiego*, gdyż zawiera bardzo wiele trafnych uwag i zdrowych poglądów. Przytem oświadczam, że Wydział krajowy przygotował w tym roku nową ustawę dla szpitali prowincyonalnych, która, jeżeli zostanie przez Wysoki Sejm przyjętą, może wlać zupełnie nowe życie w te zakłady, gdyż rozwój ich będzie odbywać się na innych zasadach, zgodniejszych z obecnym rozwojem szpitali. Wtedy też przystąpi Wydział krajowy do rewizyi wydanych przed kilkunastu laty instrukcyj, które potrzebują już zmiany i naprawy.

Dr. Jan Stella-Sawicki inspektor szpitali.

szpitali prowincyonalnych zabierać głos w tym względzie, wykazując złe i przedstawiając potrzebę zmian. Takie wyświetlanie kwestyi jest bowiem najdzielniejszym środkiem postępu.

W tej właśnie myśli chcę wypowiedzieć kilka skromnych uwag, sądząc, że będzie to z korzyścią dla stósunków szpitalnych a może i zachęci innych do gruntowniejszej pracy na polu, dotychczas tak bardzo zaniedbanem.

Chcę pokrótce omówić stanowisko ludzi, którzy bezpośrednio stykając się z chorym w szpitalu, wywierają na jego losy wpływ bardzo ważny, równie ważny jak materyalne wyposażenie zakładu. Jest to służba szpitala wyższa i niższa a więc lekarz ordynujący, sekundaryusz i posługacze.

Zaczynam od dołu, od służby niższej. Że stan służby niższej, bezpośrednio z chorym się stykającej, jest bardzo ważny, często niemal rozstrzygający, jest to okoliczność mało może niewtajemniczonym znana, niemniej jednak niewątpliwa. Biorąc przykład z poza obrębu szpitala, widzimy całe zakłady wodolecznicze, które światowy rozgłos zyskały sobie przez służbę znakomicie wykonywającą zabiegi hidryatryczne, widzimy zdrojowiska bardzo odwiedzane n. p. Toelz w Bawaryi i t. p., które sławę swą zawdzięczają służbie artystycznie wcierającej szaruchę. Przypatrzmy się obecnie służbie szpitala prowincyonalnego. Dzisiejszy posługacz jest brudną figurą, zrekrutowaną z pomiędzy rekonwalescentów lub z ulicy przyjętą, która bierze miejsce w szpitalu w braku jakiegobądź innego zarobku. Zawodu posługacza uczy się praktycznie z chwilą objęcia obowiązku a bolesne koszta tej nauki ponoszą w całej pełni chorzy, stanowiący materyał prawdziwego eksperymentu *in anima vili.* Gdybyż wreszcie wyuczony już posługacz trzymał się stale szpitala, możeby usługi jego przyniosły z czasem rzeczywisty pożytek chorym, ale niestety posługacze w szpitalu zmieniają się jak sługi u złej pani, która mało płaci a nad siły wymaga; nic ich bowiem prócz chwilowego zarobku do szpitala nie przywiązuje. I słusznie można powiedzieć, że jaka płaca, taka praca. Za kilka złr. i lichą strawę posługacz szpitalny oddać musi wszystkie siły, cały czas i wszystkie przymioty, jeżeli je ma przypadkiem. Nie ma święta, nie ma wypoczynku; dzień i noc spędzać musi pośród atmosfery szpitalnej, oddając najniższe posługi, chorym nieraz tak wstrętnym, że chyba heroizm albo zupełny brak nerwów może zachęcić do tej roboty. W nocy śpi na sali pospołu z chorymi, którzy budzą go, jeśli mu przypadkiem już lekarz z góry nie nakaże czuwania. Od świtu zaś do nocy ma tyle zajęcia, że chyba człowiek bardzo silny ciałem a przytem mądry i dobry mógłby je wykonać sumiennie; że jednak nie każdy posługacz ma te przymioty, więc logicznie z tego wynika, że chorzy muszą być zaniedbani. Taki posługacz w dodatku każdej chwili może być wydalony na ten sam bruk, z którego do szpitala się dostał, żaden bowiem przepis nie utrwala stanowiska jego w szpitalu, władza zaś zarządcy nad służbą jest nieograniczona. Nic dziwnego, że w ciągu roku w szpitalu zmienia się służba jak w kalejdoskopie, przesuwają się ludzie wykolejeni, czasem nawet dość inteligentni, przez nałóg tylko lub przypadek w szeregi posługaczy zapędzeni, ale zawsze obowiązki swe pełniący dorywczo i bez zamiłowania; nic dziwnego, że taka służba dopuszcza się często nadużyć, może na oko drobnych, ale dziwnie bolesnych dla każdego chorego, które szpital, ten padół niedoli, w istną Gehennę mogą przemienić; nic dziwnego, że wyciąga rękę po drobne datki za najprostszą usługę a za taki sam datek dostarcza wódki i kart za plecami lekarza. Jest w każdym szpitalu tysiące drobnych wskazań, których lekarz osobiście nie może zaspokoić a jeśli służba niesumienna ich nie wypełni, wynikają z tego nieraz haniebne skutki. Szpitale wojskowe mają wzorową organizacyę służby niższej i szpitale prowincyonalne wieleby od nich mogły się nauczyć. Wskażę tylko główne punkty. Służba szpitalna wojskowa jest zawodowo wykształcona, jest jednostajnie umundurowana, osobno żywiona a co najważniejsze, liczebnie według stałej normy do chorych zastósowana. Chcąc poprawić stan służby szpitalnej, należałoby mniej więcej działać w sposób, który tu szkicowo przedstawię. Najważniejsze jest podniesienie moralne i materyalne stanowiska posługacza, przez zapewnienie ludziom wykwalifikowanym posady stałej sługi na etacie krajowym, tak samo jak mamy przy każdym sądzie i starostwie służbę na etacie rządowym. Wykwalifikowaćby zaś można łatwo, bo ludzie młodzi, zwłaszcza urlopowani żołnierze sanitarni i t. p. garnęliby się do szpitali, mając widoki stałej posady. Te same zaś widoki zwabiałyby młodzież niższego stanu, umiejącą pisać i czytać, w szeregi służby szpitalnej. Dobry podręcznik, a niebrak nam go, dzięki pracy Dra Stelli-Sawickiego, przerobiony bodaj we formie pytań i odpowiedzi, służyłby do teoretycznego wykształcenia służby a praktycznej strony swego zawodu uczyćby się mogli posługacze pod kierunkiem sekundaryuszów, którzy z pewnością we własnym interesie chętnie do tego przyłożą rękę. Pan inspektor krajowych szpitali podczas dorocznej wizytacyi szpitala mógłby poddać egzaminowi zgłaszających się kandydatów i stósownem świadectwem wyzwolić na stałych posługaczy. Przenoszenie takich posługaczy z prowincyi na szczegółowe oddziały szpitali krajowych i zwracanie ich potem napowrót na prowincyę, przyczyniłoby się do wytworzenia zdrowego stósunku pomiędzy wszystkimi szpitalami. Może wyda się to wszystko przesadą a przecież są to sprawy istotnie piekące, których nie godzi się lekceważyć. Dzielne i pojętne siły wykonawcze, to podwalina każdej żywotnej instytucyi; powiadają przecież, że Prusacy pobili Francuzów doskonałymi podoficerami swej armii.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 1. Marca 1894 r.

— W dniu 27. Lutego b. r. o godz. 12-tej w południe dokonano w szpitalu św. Łazarza aktu odsłonięcia portretu ś. p. prymaryusza szpitala prof. Dra Maurycego Madurowicza. W sali ginekologicznej zebrali się Jego Magnif. Rektor Uniwersytetu Jagiell., Dziekan Wydziału lekarskiego, Prezes Izby lekarskiej, Prezes Tow. lek. krak., zast. Prezesa komitetu administr. szpitala, grono profesorów Wydziału lekarskiego, Dyrektor i prymaryusze szpitala, sekundaryusze i praktykanci, tudzież liczny zastęp lekarzy. Rodzinę zmarłego przedstawiał bratanek Maurycy Madurowicz.

Dyrektor szpitala Dr. Ponikło po stósownem przemówieniu odczytał akt odsłonięcia portretu, drukowany na pargaminie, który obecni podpisali, poczem p. o. prymaryusz oddziału, prof. Jordan odbierając portret poświęcił kilka słów pamięci zmarłego profesora. Akt ten na mocy reskryptu Wydziału krajowego będzie przechowany w archiwum szpitalnym.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Jeneralny Komitet XI. międzynarodowego Zjazdu lek. w Rzymie uprasza Szanownych Kolegów, którzy zamierzają wziąć udział w Zjeź-

dzie, dotychczas zaś jeszcze nie zaopatrzyli się w karty udziałowe, ażeby raczyli się zgłaszać do komitetów miejscowych, od których otrzymają karty udziałowe oraz wszelkie potrzebne legitymacye do uzyskania zniżek cen na kolejach włoskich, jak niemniej informacye tyczące się programu Zjazdu i wspólnych wycieczek po Włoszech. Upraszam przeto Szanownych Kolegów, ażeby zgłoszenia po karty legitymacyjne przesyłali do Komitetu krakowskiego pod moim adresem:

Dr. Cybulski, ul. Szczepańska 11.

— W ciągu Marca b. r. odbywać się będą w auli uniwersyteckiej w Krakowie odczyty wieczorne dla szerszej publiczności. Prof. Cybulski mówić będzie: O spirytyzmie i hypnotyzmie (z demonstracyami); Prof. Walentowicz: Z psychologii zwierząt; Prof. Kostanecki: O wyosobnianiu się w żyjącej przyrodzie; Prof. Bujwid: O wodzie ze stanowiska higieny (z demonstracyami); Dyr. doc. Dr. Ponikło: O uzdrowiskach (miejscach klimatycznych) ze stanowiska higienicznego. Wreszcie Dr. doc. Wierzbicki w końcu Marca dwa wieczory poświęci demonstracyom w obserwatoryum astronomicznem. Dochód z odczytów tych przeznaczają prelegenci na powiększenie funduszów budowy Domu Akademickiego a w pewnej części na rzecz Towarzystwa wzaj. pomocy uczniów Uniw. Jagiell.

— **XI. Międzynarodowy kongres lekarski w Rzymie od 29. Marca do 5. Kwietnia 1894.** Tymczasowy rozkład dzienny zajęć kongresu jest następujący: 28. Marca: otwarcie wystawy lekarsko-higienicznej. 29. Marca: rano uroczyste otwarcie kongresu w teatrze *Costanzi* (w pobliżu *Via Nazionale*) w obecności J. K. M. króla włoskiego; po południu: wybór biur sekcyjnych. 30 Marca: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne, po południu o 4. pierwsze posiedzenie ogólne. 31. Marca: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne; po południu o 4. drugie posiedzenie ogólne. 1. Kwietnia dzień wolny od posiedzeń, przeznaczony na wycieczki do *Castelli Romani*. 2. Kwietnia: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne, po południu o 4. trzecie posiedzenie ogólne. 3. Kwietnia: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne, po południu o 4. czwarte posiedzenie ogólne. 4. Kwietnia: rano od 8. do 3. posiedzenia sekcyjne i ich zamknięcie; po południu o 4. piątek posiedzenie ogólne; wieczorem biesiady sekcyjne. 5. Kwietnia rano zamknięcie kongresu na ogólnem posiedzeniu.

Posiedzenia ogólne i wykłady na nich odbywać się będą w amfiteatrze *Eldorado* przy *Via Genova* w pobliżu *Via Nazionale*, posiedzenie sekcyjne zaś w poliklinice.

Spis wykładów odbyć się mających na ogólnych posiedzeniach podaliśmy w 5. nrze *Przeglądu lekarskiego* z r. b.

Osobny komitet pod przewodnictwem Prof. L. Paglianiego urządził w pałacu sztuk pięknych przy *Via Nazionale* międzynarodową wystawę higieniczną, do której mieć będą wolny wstęp wszyscy członkowie kongresu za okazaniem karty udziałowej.

Każdego dnia wieczorem wychodzić będzie w jednym ze czterech urzędowych języków (francuskim, niemieckim, angielskim i włoskim) zjazdu osobny dziennik kongresu, zawierający krótkie zdanie sprawy z posiedzeń tego samego dnia i porządek dzienny na dzień następny.

Biura prezesa i sekretarza jeneralnego mieścić się będą od 2. do 26. Marca przy *Via Genova*, od 26. Marca zaś poliklinice; podskarbi urzędować będzie od 2. Marca do 5. Kwietnia przy *Via Genova* a nadto od 26. Marca w poliklinice.

Biuro umieszczeń znajdować się będzie na dworcu głównym kolei żelaznej i przy *Via Genova*.

Biuro zgłaszania się i wywiadowcze mieścić się będzie od 2. Marca do 5. Kwietnia przy *Via Genova* i w poliklinice.

W poliklinice znajduje się królewski urząd pocztowy i telegraficzny, dokąd też można adresować listy i telegramy dla członków kongresu dodając: *Congresso Roma*.

Komitety zagraniczne będą mieć w poliklinice własne biura. Na cześć członków kongresu odbędą się następujące festyny: w dniu 28. Marca przyjęcie członków kongresu i ich dam przez wydział gospodarczy Zjazdu w pałacu wystawy lekarsko-higienicznej. Na Kapitolu uroczyste przyjęcie ze strony rzymskiej rady miejskiej. Illuminacya *Platea Archeologica* przez mieszczaństwo rzymskie. Śniadanie w termach Karakalli. Dla dam członków kongresu wstęp dozwolony za okazaniem właściwej legitymacyi.

Z wielkiego szeregu zapowiedzianych na kongres odczytów i demonstracyj wyjmujemy następujące: Prof. Laskowski z Genewy okaże własny atlas anatomii opisowej, wykonany chromolitograficznie w 16 kolorach. Prof. Dogiel z Kazania: O budowie i czynności serca u skorupiaków. Prof. Bujwid z Krakowa: O leczeniu wścieklizny sposobem Pasteura i o zmianach znalezionych w komórkach nerwowych we wściekliźnie. O cholerze w Królestwie Polskiem w r. 1892. Badania bakteryologiczne. Heryng w Warszawie: Studya doświadczalne nad lokalizacyą płynów barwiących, wstrzykniętych do płuc zwierząt i do jam gruźliczych. Prof. W. A. Gluziński z Krakowa: Przyczynek do kwestyi krwotoków płucnych. H. Higier z Warszawy: O ograniczonych ostrych obrzękach skóry i obrzękach histerycznych. Prof. Cybulski z Krakowa: O mikrokalorymetrze. Higier z Warszawy: Dwa przypadki jednostronnych halucynacyj w hemianopicznej połowie pola widzenia. Jednostronne halucynacye w cierpieniach organicznych i czynnościowych, w prawidłowem i ślepem polu widzenia, na jawie i podczas snu hipnotycznego. L. Stembo z Wilna: Czy atetoza jest osobną chorobą? Przypadek *paramyoclonus multiplex* z objawami przymusowemi. Prof. Kosiński z Warszawy: Kilka uwag nad szeregiem 800 laparotomij zrobionych w klinice chirurgicznej uniwersytetu warszawskiego. S. Mintz z Warszawy: O chirurgicznem leczeniu chorób żołądka. W. Stankiewicz z Warszawy: O zdolności zabliźniania się ran postrzałowych pęcherza moczowego. Rzadki przypadek mięsaka pęcherza moczowego. A. Tauber z Warszawy: O resekcyach osteoplastycznych czaszki. Heryng z Warszawy: Wskazania i środki terapeutyczne miejscowe w gruźlicy krtani, referat. Próby doświadczalne nad leczeniem miejscowem chorób płucnych przez wstrzykiwania do tchawicy (z okazaniem przetworów anatomicznych). T. Heiman z Warszawy: O chorobach sztucznych ucha. Prof. Gałęzowski z Paryża: O wskazaniach do ekstrakcyi zaćmy bez irydektomii. J. Lewy z Warszawy: Projekt reformy wykształcenia dentystycznego. B. Wicherkiewicz z Poznania: O niektórych wadach wrodzonych dróg łzowych. Prof. O. Bujwid z Krakowa: O rozmaitych sposobach filtrowania wody do picia. O naturze szankra, korreferentem doc. Finger z Wiednia. Watraszewski z Warszawy: O działaniu rtęci w kile chwilowo ubiegłej.

Redakcya otrzymała:

Prof. N. Cybulski: Fizyologia człowieka. Wydana staraniem Stanisława Markiewicza z zapomogi kasy Mianowskiego. Część III. Warszawa 1894.

A. Beck: O zmianach ciśnienia krwi w żyłach. (Z 20 rycinami w tekscie). Kraków 1894.

L. Wachholz: O oznaczaniu wieku ze zwłok na podstawie kostnienia główki kości ramieniowej. (Z tablicą). Kraków 1894.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 7. Marca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem odbędzie się: 1) Dyskusya nad odczytem kol. prof. Rydygiera: *Z chirurgii żołądka i jelit;* 2) Odczyt kol. prof. Obalińskiego: *Najnowsze wskazania do salpingotomii.*

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 69.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Radłowie (w miejscu c. k. Sąd, c. k. Notaryat, apteka, c. k. Urząd podatkowy, administracya dóbr Radłowskich i t. p.). Roczna płaca stała 200 złr. i 100 złr. za oględziny bydła na targi i na rzeź. Podania wnosić należy do **10. Marca 1894 r.**

Z urzędu gminnego. 74—3—3

Radłów, 29. Stycznia 1894.

Naczelnik gminy
Jan Maczyszyn.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach (pow. Biała).

Z powodu śmierci lekarza miejskiego rozpisuje niniejszem Zwierzchność miasteczka Wilamowice konkurs na posadę lekarza miejskiego w Wilamowicach z płacą roczną 200 złr., wolnem mieszkaniem i poborem opłat za oględziny zwłok i bydła. Posada powyższa może być natychmiast objętą. Podania należy wprost adresować do Zwierzchności gminnej, która i bliższych wiadomości udzielać będzie.

Wilamowice 14. Lutego 1894.

Kaleta m. p.
burmistrz.

75—3—2

L. 159.

KONKURS.

na posadę lekarza okręgowego w miasteczku Tartakowie z roczną płacą 600 złr. ryczałtem na objazdki 273 złr. i dodatkiem 50 złr.

Okręg obejmuje 17. gmin z ludnością 13.390 dusz, lekarz okręgowy utrzymywać będzie aptekę domową.

Po roku służby zadowalniającej stabilizacya z prawem do emerytury.

Podanie zaopatrzone w dyplom doktora medycyny, świadectwo zdrowia, zachowania się i dwuletniej praktyki, wnoszone być mogą **do 20. Marca b. r.**

Z Wydziału powiatowego.

Sokal dnia 16. Lutego 1894.

Prezes
Kownacki.

77—1—1

Dra Knorra Antipyrin

Marka ochronna „Lew".



(patentowany)
wypróbowany i przez powagi zalecony środek przeciw chorobom gorączkowym, bólom głowy, newralgii, kokluszom, migrenie, reumat. (pląsawicy), obrzmieniom aorty, udarowi słoneczn. influenzie, grypie.
Używać tylko Antipyryny Dra Knorra „Lew".

Tuberculocidin 100 prct. } Prof. Klebsa.
„ E. 100 prct. }
w ilości od 2, 5 i 10 ccm. w cenie M. 5·— za ccm.
Bliższe szczegóły o sposobie użycia zawiera broszura prof. Klebsa na żądanie wysyłamy gratis.

Tuberculinum Kochii w flaszeczkach od 1 ccm. a M. 6.— we flaszeczkach po 5 ccm. a 25·— M.

Dermatol wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Bezwonny środek leczniczy na rany, w wielu przypadkach zastępujący jodoform.

Zewnętrznie. Dermatol jest to środek zmniejszający czynność wydzielniczą i wskutek tego działający jako srodek wysuszający i przyspieszający gojenie rany. **Nietrujący.** Używa się w mięszaninach lub czysty.

jako przysypka: Dermatol.	jako proszek do nóg Rp. Dermat. 20·0
Amylum aa.	Talc. venet. 70·0
	Amyl. 10·0
Maść 10—20%.	DS. Proszek do zasypywania
Dermat. Collodium-Emulsion 10%.	Gaza Dermatolowa: 10 i 20%.

Wewnętrznie. W chorobach żołądka i jelit. Według prof. Colasanti (Rzym) najlepszy i najpewniejszy Anthidiarrhoicum nowszych czasów. — 0.2—0·5 jako proszek do 2·0 dziennie.

Agathin (podany do opatentowania). Wynalazek Dr. J. Roos. Wielokrotnie zalecany środek przeciw newralgii. Niezrównany w ischias, ze skutkiem używany w ostrych chronicznych reumatyzmach i newralgiach rozmaitego rodzaju.

Alumnol Wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Łatwo rozpuszczalny adstringo antisepticum, skuteczny na jątrzące rany, abcessy, w Endometritis gonorrhoica, zwykłym Fluor, w ostrych zewnętrznych jakoteż chronicznych zapaleniach skóry, w Otitis media, (Używa się w proszku, rozczynach, maści, plastrach i t. p.).

Jedyni fabrykanci 5—26—5

Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning, Höchst am Main

Kąpiele borowinowe w domu.



Jedyny środek zastępujący naturalne KĄPIELE borowinowe mineralne w domu i o każdej porze roku.

Mattoniego sól borowinowa	Mattoniego ług borowinowy
53 (suchy wyciąg)	(wyciąg płynny)
w skrzyneczkach po 1 kgr.	w flaszkach po 2 kgr.

Henryk Mattoni Francensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

Tabletki z wyciągiem kaskary

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności. Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tab'etkę położywszy na języku należy popić wodą. Cały słoik kosztuje 50 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

Tabletki z węglanem gwajakolu

po 0·025, również uznane i do stosowania zalecone przez Komisyę przemysł. Tow. lek. krak.; słoik zawierający 25 sztuk kosztuje 1 złr.

Wino kaskarowe 71—25—3

bez goryczy przyrządzone na winie Lacrima Christi, cena butelki 1 złr.

WILHELMA

przeciwgośćcową i antireumatyczną

herbatę czyszczącą

wyrobu

FRANCISZKA WILHELMA

aptekarza

w Neunkirchen w Austryi dolnej 7—8—5

nabyć można

w cenie 1 złr. w. a. za paczkę we wszystkich aptekach.

Apteka pod „Złotym Słoniem"

E. Hellera (dawniej E. Stockmara)

utrzymuje stale na składzie

wszelkie barwiki, odczynniki chemicznie czyste, balsamy, olejki eteryczne, laki i t. d., jak również szkiełka mikroskopowe,

polecając się łaskawym względom osób interesowanych.

54—9—6 *E. Heller.*

Bilińska woda kwaśna!

najznakomitsza szczawa alkaliczna

w 10.000 cz.: węglanu sod. 33.6339, siarkanu sod. 7.1917, węglanu wapna 4.1050, chlorku sodowego 3.8146, siarkanu wapniowego 2.3196, węglanu magn. 1.7157, węglanu lit. 0.1089, stałych części 53.3941, kwasu węglowego 47.5567. Temperatura 12·30° C.

Wypróbowane od najdawniejszych czasów źródła lecznicze dla chorób nerek, pęcherza, żołądka, podagry, nieżytu oskrzelowego, hemoroidów i t. d. Znakomity dyetetyczny napój.

Zakład leczniczy Sauerbrunn

wody, kąpiele z komfortem urządzone, wanny, parówki, elektr. kąp., zakład wodoleczniczy kompletnie urządzony.

Lekarz zdrojowy: **Dr. Wilhelm v. Reuss.**

Zarząd zdrojowy

w Bilinie (Czechy). 8—13—1

Pillul. Kreosoti à 0·05
Pillul. Kreosoti à 0·025
Pillul. Guajacoli à 0·05
Pillul. Kreosoti 0·02 i Acid. arsenicosi 0·0005 przepisu prof. Dra Korczyńskiego.
Granulae Natr. arsenicos. à 0·001.

W. Bełdowskiego

Wyroby te znane już i cieszące się ogólnem zaufaniem P. P. Lekarzy, gdyż swą rozpuszczalnością przewyższają wszystkie dotychczas znane wyroby tego rodzaju

poleca 55—52—8

Władysław Bełdowski, magister farmacyi.

Na składzie utrzymują wszystkie apteki.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 10. Marca 1894 r. Nr. 10.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z pracowni patologiczno-chemicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej.

Napisał
Dr. Gustaw Toepfer.

Od chwili, kiedy Bidder i Schmidt[1]) wykazali, że głównym czynnikiem trawienia żołądkowego obok pepsyny jest kwas solny a nie kwas mlekowy, kiedy przekonano się, że w ogóle peptonizacya białka nie może odbywać się pod wpływem pepsyny, jeżeli poprzednio lub przynajmniej równocześnie białko nie zamieniło się w acydalbumin, od tej chwili badania fizyologii trawienia a głównie zmian, którym trawienie podlega pod wpływem spraw chorobowych, ogranicza się prawie wyłącznie do ilościowego oznaczania kwasu solnego. Jak wiadomo, autorowie ci[1]) postępowali w oznaczaniach swoich w ten sposób, że obliczali całą ilość chloru zawartego w treści żołądkowej, następnie oznaczali ilość zasad w tejże treści zawartych, co dało możność obliczenia ilości chloru połączonego z temi zasadami w sole; reszta zaś chloru tworzyła składnik kwasu solnego, którego ilość łatwo można było obliczyć ze stósunku drobinowego. Metoda ta dotąd znana jest jako najpewniejsza i najściślejsza, bo oparta na dokładnych badaniach chemicznych; ma jednakże tę wadę w zastósowaniu praktycznem (o które najwięcej się rozchodzi) nader doniosłą, że wymaga długiego czasu, nadzwyczaj wielkiej wprawy w ilościowem badaniu chemicznem i całego arsenału przyrządów i urządzeń, jakiemi rozporządza jedynie dobrze zaopatrzona pracownia chemiczna.

Obecnie metoda ta służy jeszcze jedynie do kontrolowania dokładności innych metod łatwiejszych, jakie z biegiem czasu powstały. Nie można jednakże pominąć milczeniem okoliczności, że i ten sposób wykazuje w niektórych przypadkach błędy, z którymi liczyć się czasem wypada. Albowiem oprócz zasad nieorganicznych mogą się w treści żołądkowej znajdować i zasady organiczne (chinina), które jakto wykazali Salkowski i Kamagaza, łączą się z kwasem solnym w sole, a których postępując drogą Biddera i Schmidta wykazać nie jesteśmy w stanie. Jednakże obecność zasad organicznych w żołądku zdarza się bardzo rzadko n. p. po zażyciu ich jako środków lekarskich, wskutek czego okoliczność ta nie wchodzi w rachubę i wartości metody nie umniejsza.

Okoliczność, że metoda Biddera i Schmidta przedstawia tak znaczne trudności w wykonaniu, była przyczyną, że powstawały coraz nowsze, mniej lub więcej dokładne sposoby ilościowego oznaczania kwasu solnego, które przeważnie dążą do tego, aby i klinikowi umożliwić rychłe zbadanie danej treści żołądkowej. Aby módz ocenić wartość tych metod, musimy przedewszystkiem uwidocznić sobie, na jakie pytania mamy odpowiedzieć w każdym przypadku, w którym badamy treść żołądkową i musimy uwzględnić obecny stan fizyologii trawienia żołądkowego. Tę metodę uważać będziemy za dobrą, która wymaganiom powyższym w zupełności zadość uczyni t. j., która na wszystkie pytania w jak najkrótszym czasie da wyczerpującą odpowiedź, zastósowaną do stanu fizyologii trawienia.

Nowsze badania wykazały w tym względzie, że pewne szczegóły, na które do niedawna mało co albo wcale nie zwracano uwagi, mają dla trawienia żołądkowego wielką doniosłość.

Z dokładnego studyum faz trawienia okazało się, że cały szereg do niedawna używanych metod albo prowadził do zupełnie fałszywego oceniania odpowiedniego materyału badanego, albo też nie odpowiadał już nowym i coraz liczniejszym wymaganiom nauki.

Samo pojęcie obecności kwasu solnego w soku żołądkowym ulegało w ostatnich latach rozmaitemu tłómaczeniu.

[1]) Bidder und Schmidt: die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel Leipzig. 1852.

Z początku uważano jako kwas solny tylko tę ilość kwasu nieorganicznego, którą można było wykazać zapomocą indykatorów takich, jak fiolet metylowy, rozanilina, tropeolina i t. d. Z tego czasu pochodzą daty Valdena[1]) o braku kwasu solnego na początku każdego trawienia i w przebiegu raka żołądka. Właśnie to ostatnie zjawisko musiało doprowadzić do opuszczenia twierdzenia, że obecność kwasu solnego jest stanem prawidłowym, brak zaś patologicznym, bo i w prawidłowym soku żołądkowym możemy zatem znaleść okres, w którym brak zupełny kwasu solnego. Cała walka czysto słowna, jaka powstała po publikacyi Valdena, nie mogła w niczem wpłynąć na to spostrzeżenie.

Jakkolwiek bowiem Cahn i Mehring[2]) ścisłymi i ilościowymi rozbiorami takich przypadków, w których nie występowała reakcya barwikowa, wykazali obecność chloru w większej ilości, niż to odpowiadało znalezionym zasadom, że zatem zastosowanie barwików prowadzi do mylnych wyników, to z drugiej strony Hönigsmann i Noorden[3]) stawali w obronie barwików, twierdząc, że kwas solny, przez poprzednich autorów wykazany jest połączony z białkiem i podobnemi substancyami a jako taki nie trawi i dlatego też nie może być uważany za główny czynnik, o który rozchodzi się przy badaniu. Klempner[4]) twierdzi nawet, że ta część kwasu solnego dla trawienia zupełnie nie ma znaczenia. Wobec takiego stanu rzeczy koniecznie musiano zwrócić uwagę nie tylko na obecność kwasu solnego ale także i na jego siłę trawienia.

W tym czasie wykazał Salkowski[5]), że w rozczynach kwasu solnego i pepsyny, w których kwas solny był połączony z kwasami amidowymi, trawienie białka zupełnie nie było obniżone.

Z drugiej strony twierdzą Francuzi Winter i Hayem[6]), że jedynie ta część kwasu solnego, która łączy się z białkiem, ma znaczenie dla trawienia, ponieważ tylko ta część właśnie dzięki łączeniu się z białkiem rozpoczyna jego peptonizacyę; resztę zaś kwasu solnego, która pozostaje jako kwas solny wolny, trzeba uważać przezto właśnie, że nie znajduje już więcej białka do łączenia się z nim, za nadmierną, nieużyteczną. W ten sposób powstaje nowe pojęcie, pojęcie luźnie połączonego kwasu solnego i tę to część obok kwasu solnego wolnego zawsze musimy brać w rachubę. Reasumując to wszystko, dochodzimy do następującego zapatrywania się na przebieg sprawy trawienia:

Po wprowadzeniu pokarmu do żołądka rozpoczyna się wydzielanie kwasu solnego, który drobina po drobinie łączy się z zasadami nieorganicznemi, jakoteż z białkiem i innemi substancyami organicznemi, jakie tu napotyka. Dopiero po nasyceniu wszystkich powinowatych pojawia się kwas solny w stanie wolnym. Jest to nadmiar wydzielonego kwasu solnego. Naturalna rzecz, że ta część kwasu solnego, która połączyła się z zasadami nieorganicznemi, jakoteż z niektóremi organicznemi[1]) (obecność ich stanowi wyjątek) dla sprawy trawienia niema żadnej wartości, jest zatem zupełnie straconą. Największa część łączy się z białkiem i ta część jest głównie czynną w sprawie trawienia. Dopiero po ukończeniu peptonizacyi uwalnia się także i ten kwas solny, który był połączony i z substancyami białkowatemi, jak to w ostatnich czasach wykazał Sansoni[2]).

Musimy zatem w badaniu treści żołądkowej z całej ilości wydzielonego kwasu solnego rozróżnić:

1) Kwas solny połączony z zasadami nieorganicznemi. Ta część jest, jak wyżej wspomniano, straconą dla sprawy trawienia; dlatego niema potrzeby jej oznaczać.

2) Część, która jest połączona z niektóremi zasadami organicznemi i amoniakiem przypadkowo obecnemi i jako taka również fizyologicznie nie jest czynną; i ta część nie wchodzi w zakres oznaczania.

3) Część połączona z substancyami białkowatemi, tak zwany luźnie połączony kwas solny; ta część jest fizyologicznie czynną, bo właśnie odbyta przez połączenie się z substancyami białkowatemi peptonizacya jest miarą wykonanej pracy użytecznej. Dopiero po ukończeniu tejże pracy występuje.

4) Wolny kwas solny.

To też starano się stworzyć metody, któreby dały możność oznaczenia z osobna tych części.

Sposób badania podany przez Biddera i Schmidta, któryśmy wyż pisali, zanadto był żmudnym i wymagał wiele czasu.

Helner i Seemann[3]) zobojętniali treść żołądkową ługiem sodowym i spalali. Z ilości węglanu sodowego obliczają kwasy organiczne. Z różnicy między tą kwasotą a kwasotą ogólną obliczają kwas solny.

Cahn i Mehring[4]) postępują w ten sposób, że destylują 50 cm. sz. treści żołądka aż do pozostałości $^1/_4$, następnie roztwarzają na nowo do 50 cm. sz. i destylują po raz wtóry W ten sposób przeprowadzają do destylatu wszystkie kwasy lotne. Pozostałość kłócą kilkakrotnie z eterem (500 cm. sz.) tak, żeby wydobyć całą ilość kwasu mlekowego. (Już tu popełniają błąd, albowiem i kwas solny przechodzi częściowo do eteru i ten oznaczają jako kwas mlekowy). Do reszty pozostałości dodają świeżo strąconą cynchoninę i kłucą z chloroformem. Do chloroformu przechodzi chlorek cynchoniny *(cynchoninum hydrochloricum)*. Wyciągi chloroformowe parują a w pozostałej reszcie oznaczają chlor zapomocą miareczkowanego rozczynu srebra. Metoda nadzwyczaj kosztowna i dużo czasu zabierająca.

Kwas solny posiada własność inwertowania rozczynów cukru trzcinowego. Tej własności używa Hoffmann[5]) do oznaczania ilości kwasu solnego w soku żołądkowym. Oznaczał on ilość kwasu solnego z wielkości zmiany, jakiej ulegała siła polaryzacyjna (skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej) ściśle oznaczonego rozczynu cukru pod wpływem danej ilości treści żołądkowej.

---

[1]) V. d. Valden: Über Vorkommen u. Mangel des freien HCl im Magensafte bei Gastrectasie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Tom 23. Zeszyt 4, str. 369,

[2]) Cahn und Mehring: Die Säuren des gesunden u. kranken Magens. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Tom 39.

[3]) Hönigsmann u. v. Norden: Über das Verhalten des HCl in carcinomat. Magen. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 13.

[4]) Zur chem. Diagnose der Magenkrankheiten. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 14.

[5]) E. Salkowski: Über die Bindung der HCl durch Amidosäuren. Virc. Archiv 1892 Tom 127.

[6]) Winter et Hayem: Du chimisme stomacale 1891.

[1]) Salkowski u. Kumawaga: Über den Begriff der freien u. gebundenen HCl in Magen. Vird. Archiv CXXII, 235.

[2]) Sansoni: Berl. kl. Wochenschrift 1892.

[3]) Seemann: Über das Vorhandeno ein von freier HCl im Magen. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 5.

[4]) Cahn u. v. Mehring: Die Säuren des gesunden u. kranken Magens. Deutsch. Archiv. f. kl. Med. Tom 39.

[5]) Hoffmann: Erkennung der Salzsäure im Magensaft. Centr. Bl. f. kl. Med. 1889, No. 46.

2) Jolles i Wallenstein [1]) podają metodę, która na tem polega, że eozyna w rozczynach alkalicznych lub obojętnych okazuje fluorescencyę i w zielono-żółtej części widma dwie linie absorpcyjne, które znikają po dodaniu już kilku miligramów kwasu solnego. Metoda ta nadaje się jedynie do oznaczania wolnego kwasu solnego.

Mintz [2]) oznacza tylko wolny kwas solny i to zapomocą odczynnika Günzburga. Roztwarza on treść żołądkową dopóty, dopóki nie znika reakcya floroglucyno-wanilinowa. Podług Mintza granica, przy której znajduje się jeszcze widoczna reakcya odczynnika Günzburga, wynosi 0.036‰ kwasu solnego. Jeżeli przez tę liczbę mnoży roztworzenie, otrzymuje całą ilość wolnego kwasu solnego. Również i Mörner [3]) oznacza tylko wolny kwas solny, mianowicie zapomocą miareczkowania, a za indykator służy mu papier Congo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej.

(Według własnego wykładu habilitacyjnego w d. 21. Lutego 1894).

Podał

Dr. Leon Wachholz.

Panowie! Przedmiotem wykładu, do którego powołało mnie zaszczytne wezwanie Świetnego Wydziału lekarskiego, jest temat roztrząsany już w odległej starożytności. Wypływał on z biegiem czasu wielokrotnie i popadał w zapomnienie, aż go żywy umysł skrzętnego badacza wyłonił na nowo.

Zboczenie, jakie będę miał zaszczyt opisać i bliżej Panom określić, wyróżnił już znakomity psychiatra Pinel na schyłku 18. wieku nazwą *mania sine delirio*. Nazwę tę niewłaściwą usiłowali różni autorowie zmienić i tak Prichard zastąpił ją mianem *moral insanity* t. j. obłąkanie moralne, Morel mianem *folie héréditaire* (obłąkanie dziedziczne), Legrand du Saulle mianem *folie raisonnante* (obłąkanie wymowne), wreszcie Krafft-Ebing mianem i d y o t y z m m o r a l n y.

Już sama różnorodność nazw tych dowodzi, iż żadna z nich nie jest zupełnie właściwa i odpowiada tylko częściowo objawom zboczenia, o którem mowa. Ze wszystkich utarła się najwięcej nazwa Pricharda, jakkolwiek i przeciw niej dadzą się podnieść zarzuty. Nazwa Pricharda wskazuje, że cechą obłąkania moralnego, jako typu chorobowego, jest wadliwe poczucie moralności lub jego brak. Gdyby w formie tej zachodziły pewne zboczenia w czynnościach psychicznych, które odpowiadają klinicznemu pojęciu obłąkania, wówczas byłaby nazwa Pricharda całkiem odpowiednią. Jednak nie dostrzegamy w przebiegu tego zboczenia objawów potrzebnych dla pojęcia klinicznego o b ł ą k a n i a a cechuje je jedynie tylko defekt w poczuciu zasad etyki powszechnej. Że zaś defekt ten napotyka się i w innych formach chorób umysłowych, jak to niebawem przedstawię, przeto przestrzegając zasad logiki wypadałoby albo każdą formę choroby umysłowej, w której poczucie moralności jest przytępionem, nazwać obłąkaniem moralnem, lub też nie nazywać obłąkania moralnem, bo w obłąkaniu brakuje poczucia i zdolności rozróżnienia tego, co jest moralnem od tego, co jest niemoralnem.

Nie wdając się w dalszą krytykę nazw, przystąpię wprost do skreślenia obrazu zboczenia.

Prichard, opierając się na teoryach starszej szkockiej filozofii moralnej, uznającej istnienie pewnego zmysłu moralności (*senso morale* nowszych włoskich kryminologów), określa obłąkanie moralne, jako stan umysłu, który nie polega na upośledzeniu inteligencyi i zdolności rozumowania, lecz objawia się przewrotnością uczuć, usposobienia, skłonności i czynów, czyli defektem poczucia zasad etycznych i zastósowania ich do czynów.

Poczucie moralności stanowi najwyższe udoskonalenie ludzkiego uczucia i długie wieki składały się na przyswojenie go władzom umysłowym człowieka. Poczucie to podnosi człowieka, zdaniem Maudsleya, do rzędu w istocie najdoskonalszych stworzeń przyrody i jest najdelikatniejszą zdolnością jego umysłu. To też nie można się dziwić, twierdzi Maudsley, iż owa delikatna zdolność podlega najłatwiej ze wszystkich innych zboczeniom i także najtrudniej i najpóźniej powraca do stanu prawidłowego.

Brak poczucia moralności może być wrodzonym lub nabytym.

Już codzienne doświadczenie psychiatryczne poucza, że często zanika poczucie moralności w różnych stanach chorób umysłowych, n. p. w niedołęztwie poraźnem, starczem i t. d. u ludzi przedtem je posiadających. Maudsley i Pick wykazali, że forma zwana obłąkaniem moralnem, może się rozwinąć u człowieka przedtem prawidłowego pod wpływem urazu zadanego w głowę. Hofmann opierając się na rozległym materyale sekcyjnym przypuszcza, że zmiany ze zwyrodnienia włóknistego, spotykane w oponach mózgowych zwłok pijaków, niekoniecznie należy pojmować jako następstwa nałogu, że owszem one mogą być pierwotne i stanowić przyczynę dekadencyi umysłowej.

W wielkiej liczbie przypadków przebija się defekt moralny w najwcześniejszej dobie ludzkiego życia, t. j. w dzieciństwie. Wszelkie badania w tym względzie przemawiają za tem, że w tych przypadkach defekt moralny bywa wrodzony. Analizując bliżej wrodzone obłąkanie moralne dostrzegamy, że już u dziecka stwarza ono cały szereg objawów. Egoizm, już i tak wiekowi dziecięcemu właściwy, dosięga u dzieci moralnie obłąkanych niezwykłych rozmiarów; brak litości, złośliwość, popędliwość, upór, brak poczucia, co złe a co dobre, niepoprawność, brak skruchy i wstydu a obawa tylko przed fizycznemi karami, oto obraz moralności takiego dziecięcia. Obok tych złych skłonności istnieje najczęściej już to mniej lub więcej wybitna tępota umysłu, potęgowana lenistwem i brakiem ochoty do pracy; mimo to mogą się zdarzyć u tych dzieci uzdolnienia jednostronne n. p. do rysunków, muzyki i t. d.

Czasem rozwija się dziecię przez dłuższy czas prawidłowo, aż nagle pod wpływem przyczyn przygodnych jak n. p. przestrachu, urazu, choroby fizycznej i t. d. lub, na co z przyciskiem zwracają uwagę francuzcy badacze, jak Falret i Legrand du Saulle, w czasie okresu pokwitania, zmienia się dotychczasowe usposobienie dziecka, które z średnio prawidłowego staje się złem, skłonnem tylko do złego.

Mówi przysłowie, że, czem skorupka za młodu nasiąknie, tem i na starość trąci; niemoralne dziecię zmienia się

[1]) Jolles: Eine neue quantitat. Methode zur Bestimung der freien HCl des Magenaftes. Wien. Med. Presse 1890, Nro 51.

[2]) Mintz: Eine einfache Methode zur quantitativen Bestimmung der freien HCl im Mageninhalte. Wien. kl. Woch. 1889, Nr. 20.

[3]) Mörner. Maly: Jahresber. f. Thierchem. Tom 19.

zwolna w dojrzałą fizycznie, lecz niemoralną osobę. Ale nie działa tu moc przyzwyczajenia, jakby się mogło zdawać, tylko defekt psychiczny istniejący u danej jednostki *ab origine*.

Jak w dziecinnym wieku, tak i teraz w dojrzałym nie zna człowiek taki uczuć altruistycznych, t. j. wedle Garofalona nie zna on współczucia (*pitié*) i uczucia godziwości (*probité*), on dąży tylko do zaspokojenia swych żądz niepohamowanych; w pracy niewytrwały i niechętny, zarzuca ją, oddaje się nałogowi pijaństwa, staje się włóczęgą, złodziejem, mordercą lub zbrodniarzem pod względem wstydliwości, zaspakajając wygórowany a często i przewrotny popęd płciowy w sposób wstrętny a nieraz i okrutny. Czyny jego mają cechę czynów popędowych, t. j. czynów popełnionych mimo wiedzy i woli; ztąd też uderza często niestósunek, jaki zachodzi między niebezpieczeństwem, na które się naraża czyn spełniając, a korzyścią z czynu wynikającą. Człowiek taki kłamie, aby kłamać, spełnia kradzież błahych przedmiotów mimo, iż kara, jaka go może spotkać za tę kradzież, jest o wiele większa od korzyści z kradzieży. Zbrodnia popełniona przezeń nosi nieraz piętno takiego okrucieństwa, że najmniej tkliwy umysł przeraża się na samą myśl o niej i zdumiewa. Najczęściej nie można wyśledzić pobudki, motywu dla czynu; czasem znajdzie się motyw, lecz tak błahy, że raczej wypadnie przyjąć, iż nie on, lecz nieokreślony przymus wewnętrzny był pobudką do czynu.

Ocenienie lekarskie, czy zbrodnię daną popełnił człowiek taki z pełną świadomością i wolą, czy też niezależnie od swej woli częściowej i świadomości, jest niezwykle trudną, a to dlatego, ponieważ nie można u niego wykazać żadnego zboczenia w zakresie wyobrażania i rozumu. Jedynie wywiady mogą wykazać, iż pochodzi on z rodziny, w której zdarzały się obłąkanie, nerwice, jak padaczka (wedle Lombrozy identyczna z obłąkaniem moralnem), idyotyzm, nałogi, jak opilstwo, popędy samobójcze lub zbrodnicze.

Brak lub banalność motywu skłaniającego do zbrodni określi najlepiej przykład: i tak opisuje Lindau 12 letnią dziewczynę, która odebrawszy przemocą kolczyki 3 letniemu dziecku, zrzuciła to dziecko z okna drugiego piętra. Zapytana przez sędziego o przyczynę, która ją skłoniła do potwornej zbrodni, odpowiedziała z zimną krwią, iż zabiła dziecię dla tego, aby nie zdradziło popełnionej przez nią kradzieży przed matką. Przyznała ona wobec sądu, że choć była najgorszą uczennicą, jednak zna piąte przykazanie „nie zabijaj“ i przykazanie o miłości bliźniego, zna ona również i ustęp pisma świętego: „kto ludzką krew przelewa, tego krew przez ludzi przelaną będzie“. Żalu po czynie, wyrzutów sumienia nie odczuwała, bez skruchy stała przed zwłokami swej ofiary z spokojem spożywając chleb; z więzienia napisała list do swej matki, zaczynający się od słów: „z przyjemnością chwytam za pióro, aby ci donieść o mojem powodzeniu.“

Esquirol opowiada o dziewczęciu, które mimo karcenia objawiało od 6-go roku życia zamiar zabicia swej matki i braci a to dlatego, ponieważ nieraz słyszało, jak dziadkowie głośno życzyli sobie śmierci. Zresztą nie okazywało dziewczę żadnych zboczeń. Wobec tych przykładów, czyż można łudzić się nadzieją poprawy u dzieci, okazujących brak wszelkich zasad etycznych? Wszakżeż dowodzi Lombroso, że dorośli zbrodniarze nie posiadają uczuć altruistycznych, t. j. współczucia i poczucia godziwości! Stwierdzony przez Despina brak żalu i skruchy jest przyczyną, dla której kara, wskazana kodeksem karnym za zbrodnie, ani nie umoralnia ani nie odstrasza zbrodniarza; raz odcierpiawszy karę, popada napowrót w swe dawne błędy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Podał

Dr. M. Cercha,

były I-szy asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Nieco inaczej, choć nie mniej groźnie, przedstawiają się stósunki wobec włókniaków podotrzewnowych. Zapalenie otrzewnej, ropienie i posocznica nie należą do rzadkości, przyczem same guzy nie okazują albo żadnych zmian, albo też powstają w nich, to jest w ich wnętrzu lub na powierzchni, zmiany wsteczne, jak zropienie lub rozpad posokowaty a dopiero w następstwie tego ogólne zakażenie. Może też guz a raczej jego szypuła w skutek nagłej zmiany w położeniu uledz okręceniu, poczem w guzie w skutek braku dowozu materyału odżywczego powstają przemiany wsteczne. Wspomniałem też o zrostach, jakie powstają w ciąży między guzem a macicą lub między guzem a narządami sąsiedniemi; wiemy z anatomii patologicznej, że zrosty takie odznaczają się dużą ilością cienkich i drobnych naczyń, które samoistnie lub też podczas zabiegów operacyjnych mogą pęknąć, następuje wylanie się krwi do jamy brzusznej (sączenie), krwotok zamaciczny, który może stać się bezpośrednio przyczyną śmierci, albo przynajmniej stanowi bardzo niebezpieczne powikłanie połogu. Sączenie to może być bardzo powolne tak, że na razie rozpoznać się nie da, (jak to było w naszym przypadku), a przecież ono położyło kres życiu matki. Taki byłby w głównych zarysach wpływ włókniaków na przebieg porodu i połogu a teraz zobaczmy, jak było w naszym przypadku?

Dnia 25. Marca 1893. przywieziono do kliniki położniczej K. R. z Rz., lat 30 liczącą, zamężną, Izraelitkę. Odbyła ona podróż dwudziesto-milową koleją żelazną. Chora podaje co następuje: Regularność miała się pojawić po raz pierwszy w 15. roku życia i powtarzała się w prawidłowych odstępach czasu; trwała zazwyczaj 5—7 dni, nie była zbyt obfitą, chora nie doznawała też podczas peryodu żadnych dolegliwości. Zamężna od lat pięciu, nie rodziła i nie roniła. Zawsze czuła się zdrową, chorób cięższych nie przebywała. Ostatnia regularność prawidłowa odbyła się z końcem Czerwca 1892. roku. W ciąży nie doznawała też żadnych znaczniejszych dolegliwości. W czasie podróży koleją miała jeszcze czuć ruchy płodu; od północy jednak ruchy te stawały się coraz słabsze, aż wreszcie zupełnie ustały. Podczas podróży skarżyła się na dreszcze. Położna, która osobie tej wraz z mężem towarzyszyła, podaje, że wezwano ją na jakiś czas przed porodem, że miała radzić, aby zawezwano lekarza a to dla tego, że w wyniku badania nabrała przekonania, że poród będzie ciężki; czy życzeniu jej stało się zadość, odpowiedzieć nie umie a i mąż,

który nie był natenczas w domu, nie wie, czy lekarza wzywano.

Pierwsze bóle porodowe miały wystąpić dnia 19. Marca i trwały aż do chwili, w której chorą wsadzono do wagonu. Drugiego, czy nawet trzeciego dnia, po wystąpieniu bólów, zawezwano lekarza, który miał badać a nawet próbować jakiegoś zabiegu, po którym miały odpłynąć wody a bóle dotychczas słabe występowały znacznie częściej i były silniejsze. Wtedy lekarz oświadczył po naradzie z drugim kolegą, że trzeba wykonać cięższą operacyę i radził, aby chorą odwieźć do Krakowa, do kliniki położniczej, co się też rzeczywiście stało. Czy i o ile wywiady te zasługują na wiarę, nie chcę stanowczo rozstrzygać; to tylko mogę powiedzieć, że tak mąż, jak i akuszerka często w odpowiedziach na jedno i to samo zapytanie, na które nawet osoba nie znająca się na sprawie porodu może dać pewną odpowiedź, w zeznaniach swych znacznie się różnili, rodząca zaś była tak sprawą porodową i podróżą zmęczona a rozkazem natychmiastowego udania się do Krakowa na operacyę przestraszona, że na jej zeznaniach bezwarunkowo polegaćby nie można, zwłaszcza, że jako pierwiastka, chociaż 30 l. licząca, niektórych pytań wcale nie rozumiała.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Osoba wzrostu średniego, na kończynach dolnych około kostek nieznaczne obrzęki, kończyny szablowato wygięte, nasadki kości długich zgrubiałe, na klatce piersiowej widoczne zmiany k r z y w i c o w e w postaci wyniosłości na granicy między żebrami a chrząstką; o d ż y w i e n i e l i c h e, rysy twarzy zaostrzone, na policzkach wypieki, język suchawy; ciepłota ciała wynosi 37° C., tętnica mało napięta, wąska, tętno 120 uderzeń na minutę. Skarży się na ciągle trwające bóle w krzyżach i w dolnej okolicy brzucha. Sutki małej objętości, obwódka ciemna, gruczoły bardzo wybitne, za uciskiem występuje obficie klej. Brzuch wypuklony niejednostajnie przez guz odpowiadający macicy, ale macicy, której zarysy występują bardzo wybitnie przez chude powłoki brzuszne, macicy, która jest twarda jak deska, zatem pozostaje w ciągłym skurczu (*tetanus uteri*). Macica dochodzi dnem swem na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, dno jest szerokie, na ścianie przedniej macicy na szerokość dwóch centymetrów od linii środkowej na prawo a na pięć centymetrów poniżej pępka można wybadać guz wielkości jabłka, o powierzchni gładkiej, tej samej zbitości, co ściągnięty mięsień macicy, guz w ścisłym związku z macicą zostający, bo nieprzesuwalny, niebolesny, nie wykazujący objawu chełbotania. W okolicy lędźwiowej prawej guz wielkości pięści, te same własności, co wyżej opisany posiadający, ale zdaje się, jakoby część jego wchodząca niżej ku okolicy pachwinowej prawej gubiła się za macicą. Zresztą z powodu tężca macicy ani części płodu wymacać, ani też tętna jego wysłuchać nie można. Chełbotania wcale wykazać nie można. Wymiary macicy: Od spojenia łonowego do pępka wypuklonego $19^1/_2$ cm., do granicy górnej guza 33 cm.

O ile rokowanie w porodach powikłanych tego rodzaju włókniakami, które wytwarzają niestósunek porodowy, jest wątpliwe, o tyle w naszym przypadku długie trwanie porodu, znużenie matki, ścieśnienie miednicy kostnej, zabiegi poprzednich operatorów a najbardziej niedostateczne rozwarcie dróg miękkich, tężec i objawy rozkładu w macicy rokowanie to bardzo pogarszały. Mieliśmy jednem słowem przed sobą przypadek zaniedbany, który już oddawna wymagał umiejętnej pomocy, i wykluczyć się nie da, że pomoc ta w odpowiednim podana czasie, mogła uratować życie i matki i płodu. Okoliczności, w których rozpoczęliśmy swe działanie, aby wobec niewątpliwej śmierci płodu ratować chociaż matkę, były tak niepomyślne, że już z góry nie tuszyliśmy sobie, aby zabiegi nasze pomyślnym na pewne mogły być uwieńczone skutkiem. A przecież trzeba było matkę już rozwiązać, a w jaki sposób, to zaraz pokrótce wyłuszczę.

Rozumowanie nasze było takie: Mamy przed sobą przypadek bezwzględnego ścieśnienia miednicy z powodu guza. W takich przypadkach, przynajmniej w szkole położniczej krakowskiej, pytamy się, czy ten guz nie da się wycofać, bez uśpienia chloroformowego, lub w niem, do miednicy dużej nad wchód. Być może, że nam to powiedzie się. A jeżeli nie, pytamy się wtedy, czy guz nie da się pomniejszyć? To pytanie w naszym przypadku nie wchodziło w rachubę, bośmy mieli to przekonanie, że o pomniejszeniu guza mowy być nie może. Cóż wtedy pozostaje, gdy na obydwa te pytania odpowiedź mamy przeczącą? Wtedy postępujemy tak, jak w bezwzględnem ścieśnieniu, t. j. albo drogą naturalną trzeba wydobyć płód pomniejszony, jeżeli ścieśnienie nie przekracza poniżej $5^1/_2$ cm. lub też robimy cięcie cesarskie, i to albo zachowawcze (Saenger), albo z wycięciem macicy (Porro).

Jakże się rzecz miała w naszym przypadku?

Gdybyśmy mogli wykazać niewątpliwie, że płód żyje, i gdyby tylko guz zaklinowany w miednicy małej stanowił zaporę, to według zasad szkoły krakowskiej, a powiedzmy, i w innych szkołach używanych, musielibyśmy myśleć w pierwszym rzędzie o wycofaniu guza w uśpieniu chloroformowem i wydobyciu płodu drogą naturalną i moglibyśmy się spodziewać w razie, gdyby się guz dał wysunąć, pomyślnego wyniku i dla płodu i dla matki, taki bowiem przebieg nie jest czemś nadzwyczajnem. Ależ w naszym przypadku oprócz guza mieliśmy jeszcze ścieśnienie ogólne miednicy kostnej drugiego stopnia; otóż, gdyby płód był żywy, to zdaniem mojem nawet po wycofaniu guza nie wyszedłby on przy zabiegu operacyjnym cało, a w takim razie bylibyśmy się niewątpliwie zdecydowali na wykonanie cięcia cesarskiego, wydobywszy zaś płód żywy bylibyśmy wykonali na macicy taki zabieg, któryby uwolnił raz na zawsze kobietę od włókniaków, a więc bądź wycięcie włókniaków, bądź też wyłuszczenie sposobem Martina, lub odcięcie macicy powyżej szyi z zapuszczeniem kikuta do jamy brzusznej, lub z pozostawieniem go na zewnątrz. Zdaje mi się, że tym sposobem osiągnęlibyśmy najpomyślniejszy wynik porodu a zarazem uwolnilibyśmy matkę od niebezpieczeństw połączonych z obecnością włókniaków w macicy. Niestety zaraz po pierwszem badaniu nabraliśmy przekonania, że płód nie żyje, a przyczyną tego było przeciąganie się porodu, bezskuteczne zabiegi operacyjne w domu a nadewszystko tężec macicy, który był następstwem niestósunku porodowego i wyżej wymienionych okoliczności. Zabieg tak ciężki, jak cięcie cesarskie przy porodzie powikłanym włókniakami macicy, który według Saengera w 83% przypadków kończy się niepomyślnie dla matki, byłby za cenę żywego płodu niewątpliwie usprawiedliwiony. Ale zwolennik cięcia łonowego mógłby nam powiedzieć, że nie pomyśleliśmy o tej zbawiennej operacyi po odprowadzeniu guza Owszem i ta myśl

nam zabłysła, ale gdyby nawet było do niej wskazanie, to nauczeni doświadczeniem jednego wprawdzie tylko przypadku, nie łatwiejbyśmy się na nie pisali, niż na wykonanie cięcia cesarskiego. Przypadek ten ogłosiłem w *Przegl. lekarskim.*[1])

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

J. Goldschmidt (na Maderze): **Przyczynek do etyologii i profilaksy trądu.**

Na podstawie własnego doświadczenia i wielu dat statystycznych jak i historycznych o przebiegu trądu, przychodzi autor do wniosku, że choroba przenosi się z człowieka na człowieka, jakkolwiek stanowczo nie wyklucza dziedziczenia; zakażenie jednak nie odbywa się łatwo a zostaje w związku z ułożeniem laseczników wśród komórek i z ich prawdopodobnem a łatwem obumieraniem, skoro się tylko na zewnątrz dostaną. Czynnikami wpływającymi na rozszerzenie się zarazy są: niski stopień cywilizacyi, niekorzystne stósunki higieniczne, pomiędzy którymi rolę główną odgrywa niedostateczna i nieodpowiednia żywność, jak również słabe zaludnienie. Położenie geograficzne i klimatyczne stósunki mają tylko znaczenie dodatkowe.

Wskazówki profilaktyczne czyni autor zależnemi od tego, w jakich krajach i pomiędzy jaką ludnością ma się ich używać. I tak: tam gdzie jest pewna odporność względem jadu, wystarcza roztoczenie opieki nad istniejącymi przypadkami; ubogich chorych należy umieścić w umyślnie ku temu celowi przeznaczonych zakładach. Małżeństwa między trędowatymi powinny być wzbronione i to stanowczo w tych przypadkach, gdzie choroba rozpostarła się już i na wewnętrzne organa. Na małżeństwa między trędowatymi a zdrowymi można pozwalać, dzieci jednak z nich spłodzone należy uważać za podejrzane i ropą ich nie szczepić ospy u zdrowych; kobiety w takich małżeństwach nie powinny karmić ani swoich ani cudzych dzieci, wreszcie starać się unikać przywleczenia nowych przypadków i dlatego kraje, w których zaraza postępuje, odciąć od pośredniego i bezpośredniego stósunku z innymi. Podobne postępowanie należy stósować do krajów ze znaną predyspozycyą dla trądu. Ponieważ jednak tutaj spotykamy się z ludnością o niskim stopniu cywilizacyi, trzeba więc przedewszystkiem unikać importacyi, bo czuwanie nad istniejącymi już przypadkami jest trudne. Wreszcie w krajach, gdzie trąd zdawien dawna ma stałą siedzibę jako choroba nagminna, należy się starać o poprawę stósunków socyalnych przez podniesienie oświaty i dobrobytu. *(Berliner klinische Wochenschrift 12. Lutego 1894). Dr. Kaczyński.*

Lahusen: **O pewnym objawie w nerwowych cierpieniach jelit.**

W cierpieniach znanych pod ogólną nazwą atonii jelit i nerwowej dyspepsyi zwraca autor uwagę na nieopisany dotąd objaw, mianowicie na charakterystyczną bolesność za uciskiem splotu śródbrzusznego *(plexus coeliacus)*. Najłatwiej objaw ten wywołać można po opróżnieniu przewodu pokarmowego jakimkolwiek środkiem przeczyszczającym, jeśli uciskamy nieco niżej i ku stronie lewej od miejsca jego anatomicznego położenia. Objaw ten jest tem charakterystyczniejszy, że występuje stale w jednem i tem samem miejscu, chociaż badanie przedmiotowe nie wykazuje żadnych oporów ani zmian. Czy i jakim zmianom anatomicznym sam splot śródbrzuszny ulega, na razie ocenić nie można wobec braku sekcyj. W leczeniu posługuje się autor stałym mniej więcej szablonem, polegającym na procedurach hidropatycznych; stósuje mianowicie wilgotny okład przez noc całą, rano tusze, kąpiele parowe i elektryczne naprzemian, wreszcie masaż, po południu kąpiel nasiadową 25° R., prąd indukcyjny i gimnastykę. Dyeta w ogóle pożywna z unikaniem potraw wywołujących wzdęcie i napojów obfitujących w bezwodnik węglowy. *(Münchener med. Wochenschrift 6. Lutego 1894).*

Dr. Kaczyński.

[1]) Cercha: Przyczynek do cięcia łonowego. *Przegląd lekarski* 1893 Nr. 34—38.

Terapia.

M. Baede: **Tracheotomia z przyczyny zatrucia lizolem.**

Autor opisuje przypadek zatrucia lizolem dziecka 10 miesięcznego, w oddziele chirurgicznym Prof. Rosego po podaniu łyżeczki czystego lizolu zamiast tranu rybiego. Skutkiem żrącego działania środka wystąpiło obrzmienie głośni z objawami znacznej duszności tak, iż tracheotomia była konieczną, poczem stan dziecka nieco się poprawił, lecz w 24 godzin po zażyciu wystąpiły objawy intoksykacyi pod postacią drgawek kończyn, szybkiego oddechu, śpiączki i w $8^1/_2$ godziny dziecko umarło. *(Zeitschrift f. Chirurgie. Tom. 36. 5 i 6. Dr. Komorowski.*

Variot: **Antyseptyczne leczenie błonicy.**

Kliniczne odróżnianie błonicy prawdziwej od wrzekomej *(angina pseudomembranacea)* ze względu na terapię nie ma wielkiego znaczenia i każdą podejrzaną anginę trzeba koniecznie leczyć jako błonicę bez względu na to, jaka jest przyczyna bakteryologiczna. Błonica jest chorobą miejscową i jako taką trzeba leczyć miejscowo, ogólna zaś infekcya jest to rzecz następowa wynikła z wessania pewnej ilości substancyj gnilnych. Przeciwgnilne leczenie polega na oczyszczeniu gardła za pomocą pędzelka lub tamponu z waty z 10% kwasem karbolowym, by błony rozmiękły, jednak by nie przyszło do krwawienia; poczem iryguje się gardło słabym płynem przeciwgnilnym. To tuszowanie gardła i irygacye winno się robić co dwie godziny we dnie i nocy, dopóki tworzą się błony. Do pędzlowań i tuszowań używa autor połączenia kamfory z kwasem karbolowym, nie działającego żrąco, wedle przepisu Sooleza:

Acidi carbolici	*5·00*
Camphorae	*20·00*
Olei olivarum	*50·00*

lub Gauchera i Hutinela:

Acidi carbolici	*5·00*
Alcoholi 90°	*10·00*
Olei ricini	*15·00*
Camphorae	*20·00*

lub

Acidi carbolici	*5·00*
Alcoholi 90°	*10·00*
Camphorae	*20·00*
Glycerini	*25·00*

Do irygacyi używa autor w ogóle środków przeciwgnilnych, lecz bardzo roztworzonych, jak kwasu borowego 1‰, kwasu salicylowego 1‰, kwasu karbolowego 4‰.

Odżywianie chorych winno być bardzo energiczne a dla wzmocnienia podaje się:

Rp. *Extr. Chinae*	*4.00*
Aquae destil.	*100·00*
Cognaci optimi	
Syr. cort aurant.	*aa 50.00*

S. Co godzinę łyżeczka.

Journal de clin. et de Thérap. infantiles Nr. 2.

Dr. Komorowski.

Ginekologia.

O. Thelen: **Przyczynek do operacyi wycięcia macicy przez pochwę.**

W przypadkach, w których pochwa wązka i macica niedostatecznie ruchoma a więc utrudniony przystęp do części pochwowej i więzów szerokich, uważa autor, że sposoby po-

dane przez Hohenegga i Zuckerkandla nie są dobre, gdyż leczenie pooperacyjne, skutkiem wytwarzania się zaułków łatwo ropiejących, jest utrudnione. Natomiast radzi postępowanie następujące: nacina poprzecznie i głęboko w kierunku od pochwy ku zewnątrz wargę sromną mniejszą i większą i przedłuża to cięcie na całą boczną ścianę pochwy, następnie tamponuje ją mocno; skoro tampon poleżał jakiś czas, usuwa go a naczyńka krwawiące jeszcze podwiązuje, poczem zakłada wzierniki i rozciąga niemi ściany pochwy, odsłaniając sobie w ten sposób część pochwową, którą stara się teraz sprowadzić jak najniżej, i podwięzuje więzadła *in situ* w sposób zwyczajny. W przypadkach bardzo znacznej wązkości pochwy lub znacznego powiększenia macicy, radzi postępowanie powyższe zastósować obustronnie, twierdząc zarazem, że nacięcia takie bocznych ścian pochwy bardzo łatwo się goją, szczególniej jeżeli się je zeszyje, przystęp zaś ma być tak dobrym, że T. przypuszcza, iż tą drogą możnaby się pokusić o wyłuszczenie guzów z więzadeł szerokich. Wreszcie opisuje autor przypadek, który w powyższy sposób operował ze znakomitym skutkiem. Podniesienie ciepłoty do 38·5° C. obserwował tylko raz 3-go dnia po operacyi. (*Centralblatt für Gynäkologie Nr. 4. Styczeń 1894 r.*).

Dr. Zoll.

Zapiski terapeutyczne.

— Na posiedzeniu londyńskiego Towarzystwa klinicznego w dniu 9. Lutego b. r. opowiedział Arbuthnot Lane o przypadku u mężczyzny 60-letniego, cierpiącego na łuszczycę *(psoriasis)*, któremu przez lat 30 zadawano wewnętrznie rozczyn Fowlerowy. Człowiek ten okazywał rozległy przybłoniak owrzodziały na powierzchni grzbietowej jednego przedramienia bez obrzmienia gruczołów limfatycznych. Nowotwór ten oddalono przez operacyą w Lutym 1892. roku. W połowie r. 1893. okazywał chory, o którym mowa, na mosznach i na międzykroczu trzy inne owrzodziałe przybłoniaki, które również odjęto przez operacyą. Wtedy z porady Lanego chory przestał zażywać arszenik, poczem łuszczyca pojawiła się na całem ciele. W Grudniu r. 1893. ukazały się na mosznach znów dwa nowe guzki przybłoniakowe, które również wycięto a w Styczniu r. b. znów kilka, również na mosznach. W ogólności miał chory na sobie 11 przybłoniaków, z których tylko jeden rozwinął się w miejscu zmiany łuszczycowej w skórze.

Do spostrzeżenia tego dodał Jonatan Hutchinson, że u wielu chorych, zażywających długo arszenik, mógł widzieć zgrubienie warstwy rogowej przyskórka na dłoniach i podeszwach i uważa to wraz z wystąpieniem zboczeń w zakresie czucia za wskazanie do przerwania leczenia arszenikiem w celu uniknienia niebezpieczeństwa ze strony pojawić się mogących przybłoniaków. *(La semaine médicale. 21. Lutego 1894)*.

— T. Clemens w Frankfurcie nad Menem podaje chorym na moczówkę cukrową z bardzo dobrym skutkiem po 6 do 10 kropel gwajakolu po trzy razy dziennie w łyżce stołowej mleka lub tranu rybiego. Pod wpływem tego środka w przeważnej liczbie przypadków zmniejsza się ilość cukru i moczu, niekiedy cukier nawet znika zupełnie a stan ogólny poprawia się znakomicie.

— Analgen wyrabiany przez chemiczną fabrykę Dahla i spółki w Barmen, przedstawia proszek biały, krystaliczny, bez smaku, w wodzie nierozpuszczalny. Po zażywaniu jego nabiera mocz barwy czerwonej, przybierającej po dłuższem staniu odcień brunatny. Zadaje się go na raz dorosłym po pół grama i dochodzi do największej ilości na dzień 2·50 grama.

Analgen okazał się nieraz skutecznym w bólu głowy, osobliwie połowiczym, w bólach jako przypadzie wiądu pacierzowego, w morzysku macicznem, w zapaleniu wielu nerwów (*neuritis multiplex*) i gośćcu stawowym. (*Mittheilungen des Vereines der Aerzte in Steiermark. 8. 1893.*)

— Z pracy przedstawionej przez Girmuńskiego ostatniemu zjazdowi lekarzy rosyjskich w Petersburgu wypada, że wstrzykiwania podskórne pilokarpiny są skuteczne w świeżych cierpieniach błędnika i to tem skuteczniejsze, im wcześniej ich się użyje, natomiast nie mają żadnego wpływu korzystnego na zadawnione choroby błędnika i suche nieżyty jamy bębenkowej.

— Przeciwko cuchnącemu owrzodzeniu błony śluzowej nosa (*ozaena*) zaleca J. Dunn maść:

28) Rp. *Olei anisi*
Kreozoti fagini
aa guttas viginti
Vaselini 30·00

MDS. Wprowadzać do nosa małą ilość i wciągać ją następnie mocno zatkawszy sobie poprzednio drugą dziurkę od nosa. (*La semaine médicale 28. Lutego 1894*).

— Przeciwko temuż samemu cierpieniu zaleca Felici przepłukiwanie nozdrzy po dwa razy dziennie rozczynem wodnym 0·20 do 0·30% sakcharyny. (*Annales des maladies de l'oreille. 11. 1893*).

— Na wypryski na twarzy suche, łuszczące się, nie znoszące żadnego środka miejscowego zwykle w podobnych przypadkach używanego, zaleca się maść:

29) Rp. *Lanolini* 20·00
Natrii borici 2·00

MDS. Do używania po 2 do 3 razy dziennie naprzemian z parafiną płynną, którą za pomocą pęczka waty daje się dosyć grubo na miejsca chore po 2 do 3 razy dziennie.

— Przeciw dychawicy (*asthma*) przepisuje prof. Rokitansky:

30) Rp. *Hydratis chlorali*
Kalii jodati
aa 2·00
Aquae destil. 150·00
Syr. cort. aurantiorum 20·00

MDS. Od dwóch do pięciu łyżek zażywać dziennie w miarę potrzeby.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

XVIII. Posiedzenie z dnia 12. Stycznia 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 35.

1) Po odczytaniu protokółu kol. Bory przedkłada zdanie sprawy z czynności sekretarskiej i z ruchu naukowego w Sekcyi lwowskiej w 1893. roku.

2) Kol. Klemens Dębicki przedkłada sprawozdanie bibliotekarskie. Na wniosek kol. Wehra wyrażono kol. bibliotekarzowi uznanie za gorliwą pracę poświęconą uporządkowaniu i powiększeniu biblioteki.

3) Sprawozdanie gospodarza kol. Longchampsa przyjęto.

Po przemówieniu kol. przewodniczącego, który przedstawił w zarysie obraz ruchu naukowego Sekcyi w roku ubiegłym, na wniosek kol. Ziembickiego wyrażono ustępującemu przewodniczącemu uznanie za jego starania i gorliwą pracę około rozwoju ruchu naukowego w Sekcyi.

4) Kol. Bylicki jako sprawozdawca Komisyi Matki przedstawia kandydatów na członków nowego biura Sekcyi.

Wybrano przewodniczącym kol. Stroynowskiego, zastępcą przewodniczącego kol. Festenburga, sekretarzem naukowym kol. Borego, członkami biura kol. Longchampsa i kol. Mukowicza, delegatami na walne zebranie koll. Jandę, Jana Rosnera i Świątkiewicza, zastępcami delegatów kol. Tatarczucha i kol. Wechslera.

Na tem posiedzenie zakończono.

Rok administracyjny 1894.

I. Posiedzenie z dnia 26. Stycznia 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 30.

1) Na wstępie kol przewodniczący poświęca kilka gorących słów pamięci zmarłego prof. Maurycego Madurowicza i wzywa obecnych do oddania mu czci przez powstanie z miejsca. Na posiedzeniu członków biura z tego powodu zwołanem postanowiono wysłać telegramy kondolencyjne do rodziny zmarłego, do prezesa Tow. lek. krak., wreszcie do prof. Marsa, którego uproszono o reprezentowanie Sekcyi lwowskiej podczas obchodu pogrzebowego i o złożenie w imieniu Sekcyi wieńca na trumnie.

2) Kol. przewodniczący w dłuższem przemówieniu dziękuje za wybór na przewodniczącego Sekcyi i wzywa kolegów do współdziałania w pracy około dalszego rozwoju ruchu naukowego w Sekcyi.

3) Kol. Piotrowski miał wykład: O stanie nauk lekarskich w Anglii. (Rzecz ogłaszana w całości w *Przegl. Lekarskim*).

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Uwagi o szpitalach prowincyonalnych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Tyle o służbie szpitalnej. Przechodzę do sekundaryuszów. Ci wybrańcami losu nazwani być nie mogą. Rolę ich w szpitalach określa Instrukcya napisana w czasach, kiedy sekundaryuszami byli chirurdzy, ludzie nieszczególnej reputacyi naukowej. To też instrukcya odmawia sekundaryuszom wszelkiego cienia samodzielności; nawet w razach największej nagłości nie wolno im wykonywać żadnej operacyi a w ciężkich przypadkach chorobowych nie oni, lecz lekarze pozaszpitalni mają być do konsylium wzywani. Nie wolno im przyjmować chorych a w razie nieobecności prymaryusza nie im naznacza instrukcya zastępstwo i odpowiedzialność za szpital. Do nich należy tylko przygotowanie chorych do wizyty lekarza ordynującego, pilnowanie, by jego polecenia ściśle wykonywano, pisanie recept, kartek kąpielowych i utrzymywanie w porządku narzędzi. Władzy rozkazywania służbie niższej nie przyznaje im zgoła instrukcya; o wszystkiem tylko mają donosić lekarzowi ordynującemu. Dodajmy do tego spisywanie codzienne dyety i prowadzenie protokółu chorych a będziemy mieli zakres czynności odpowiadający mniej więcej temu, co za dawnej organizacyi robili po szpitalach garnizonowych wojskowo-lekarscy elewowie w randze szeregowca, albo co po dziś dzień robią felczerzy w szpitalach rosyjskich. Najmniejszego wpływu na rozwój instytucyi, najmniejszej styczności z organami zwierzchniczymi szpitala instrukcya sekundaryuszom nie przyznaje. Instrukcya do dziś dnia nie zmieniła się, stósunki jednak znacznej uległy zmianie. Coraz mniej chirurgów sekundaryuszów, coraz więcej ludzi z zupełnemi studyami uniwers. i praktyką w szpitalach krajowych lub zagranicznych. Konkurencya usuwa ich z miast większych na prowincyę a właśnie zamiłowanie do nauki każe im wybierać posady szpitalne, by nie zgubili się wśród szarej praktyki prywatnej. W szpitalach jednak spotykają się z tą instrukcyą o felczerskim zakresie. Błądziłby jednak, ktoby mniemał, że w granicach tej instrukcyi streszcza się cała ich czynność. Siła konieczności zupełnie inaczej grupuje bowiem podział pracy w szpitalu i nie krępując się zgoła drukowanymi przepisami, wypełnia papierową przepaść dzielącą sekundaryusza od lekarza ordynującego. Wpływa na to wiele okoliczności, z których najważniejsze tu przytoczę. Ponieważ płaca lekarzy szpitalnych na prowincyi nie wystarcza do utrzymania siebie i rodziny, przeto lekarze prowincyonalni zajmują się przedewszystkiem praktyką prywatną, są znawcami sądowymi, delegatami starostw powiatowych do czynności sanitarnych, jak szczepienie, asanacya i t. p. Na tem polu spotyka się lekarz ordynujący z sekundaryuszem w stósunku zupełnego równouprawnienia, ani bowiem publiczność cierpiąca, ani władze nie uznają żadnej różnicy hierarchicznej między nimi i kierują się wyłącznie osobistymi przymiotami jednego lub drugiego. To stykanie się na różnych polach poza szpitalem, wyrabia pomiędzy lekarzem ordynującym a sekundaryuszem koleżeńską zażyłość i wzajemne zaufanie a nie jest to bez wpływu na ich stósunek szpitalny. Lekarz ordynujący, wyjeżdżając często na praktykę lub komisye, z wielką ochotą widzi, jak sekundaryusz bierze na swe barki część jego władzy urzędowej i odpowiedzialności. Odwrotnie zaś lekarz ordynujący pod nieobecność sekundaryusza równie chętnie go zastąpi. W taki to sposób poprawiają się stósunki służbowe sekundaryuszów i coraz częściej spotyka się szpitale, gdzie czynny, młody sekundaryusz wypiera tradycye felczerskie i jest istotnie dzielną podporą zakładu. I nie może nawet być inaczej, by człowiek młody, wywiedziony z dobrej szkoły, napojony duchem szpitali krajowych i klinik zagranicznych, nie oddziałał korzystnie na instytucyę, w której choćby najskromniejsze zajmie miejsce. Mimo to wszystko jednak gmach doli sekundaryszów na bardzo lotnym opiera się piasku a socyalne ich stanowisko jest urzędowo zepchnięte do wielkiej podrzędności. Lekarz ordynujący jednem słowem może sekundaryusza wtrącić znowu w upokarzające ramy instrukcyi. Rady szpitalne z jego opinią nie potrzebują się bynajmniej liczyć, ani pytać się go o zdanie; każdej chwili może się wśród najpiękniejszej działalności dowiedzieć, że nie jest niczem innem dla szpitala, jak tylko felczerem. Stanowisko podrzędne sekundaryuszów prowincyonalnych nie może mieć analogicznego usprawiedliwienia w stósunkach wielkoszpitalnych, zwłaszcza po miastach uniwersyteckich. Tam lekarzem ordynującym, prymaryuszem jest zazwyczaj wybitny specyalista, powaga naukowa w pewnym dziale, profesor lub docent. Pobyt przy nim jest dla młodego sekundaryusza dalszym ciągiem szkoły w zakresie tej lub owej specyalności a płacę uważać raczej należy za stypendyum; panuje tam stósunek nauczyciela do ucznia. Dlatego słusznie czas trwania posad takich jest ściśle na lata odmierzony, by coraz nowe siły młode korzystać mogły ze światła wiedzy naczelnika oddziału. Na prowincyi o tem mowy nie ma. Średni poziom wiedzy lekarza ordynującego i sekundaryusza jest zazwyczaj jednaki a o objęciu tej lub owej posady rozstrzygały okoliczności postronne, w żadnym jednak razie nie to, co w szpitalach krajowych i klinikach. Tu sekundaryusz zaprzęga się na całe życie do jednego wózka. Z razu póki młody, jest mu w tym zaprzęgu do twarzy, ale lata biegną, człowiek rozwija wiedzę i nabywa doświadczenia, dochodzi wieku męzkiego, staje na progu starości otoczony może powszechnym szacunkiem a wózek wyładowany instrukcyą zostaje zawsze niezmienny. Młodzi ludzie, których na początku swej karyery poznał w mieście szpitalnem auskultantami i praktykantami, a którzy mu zazdrościli doli, idą naprzód w swej hierarchii, wracają po latach naczelnikami i staro-

stami, a tylko dla sekundaryusza awansu nie ma. Nauczyciel ludowy w miarę lat pracy dochodzi do lepszej płacy i stałej posady, kancelista rady powiatowej lub urzędnik magistracki też same ma na przyszłość widoki; tylko sekundaryusz szpitala pozostaje zawsze jednako płatny i jednako podrzędny.

Konkretnie streścić by można następujące projekty zmiany. Instrukcya szpitalna przyznaje sekundaryuszom wyraźnie prawo zastępowania lekarza ordynującego w sprawach odnoszących się do chorych a więc prawo przyjmowania i wydalania chorych w razie nieobecności lekarza ordynującego, prawo wykonywania nagłych operacyj przy pomocy lekarza pozaszpitalnego pod nieobecność prymaryusza, prawo rozporządzania służbą szpitalną w rzeczach tyczących się porządku szpitalnego, pod własną, osobistą odpowiedzialnością, głos w zarządzie szpitala, głos doradczy w komitecie szpitalnym, udział w posiedzeniach rad szpitalnych. Tym sposobem uszlachetni się moralne stanowisko sekundaryuszów bez najmniejszego rozdwojenia w rygorze i bez naruszenia słusznych praw lekarza ordynującego, jako głowy zakładu. Pod względem materyalnym sekundaryusze zostają z razu prowizorycznymi a następnie stałymi urzędnikami krajowymi, z płacą choćby dotychczasową, obowiązkowo wzrastającą w miarę wzrostu liczby chorych. Po odbyciu pięcioletniej, nieprzerwanej służby przy tym samym szpitalu w sposób nienaganny, jeżeli złoży w tym czasie dowody piśmienne pracy naukowej, nabiera sekundaryusz prawa pierwszeństwa przy obsadzeniu opróżnionych posad prymaryuszów. (Analogiczne prawo nadaje egzamin na fizyka przy obsadzaniu posad okręgowych).

Przejdźmy teraz do lekarzy ordynujących czyli prymaryuszów. Stanowisko ich urzędowe i społeczne jest bardzo dokładnie określone i daje im pole do zaspokojenia najszlachetniejszych ambicyj zarówno lekarskich, jak i obywatelskich. Każdy z nich stoi na czele zakładu skupiającego w sobie niemal wszystkie postulaty zdrowotne pewnej części kraju, mniej więcej jednego lub dwóch powiatów. Ma wpływ na rozwój i postęp tego zakładu i słusznie też można powiedzieć, że w kwestyi powodzenia tego lub owego szpitala zależy bardzo wiele a niemal wszystko od osobistej dzielności prymaryusza. Stanowisko, jakie potrafi sobie nadać wobec władz, zarówno politycznych, jak i autonomicznych, oraz reputacya, jaką sobie pomiędzy publicznością wyjedna, stanowią o większem lub mniejszem poważaniu i wziętości zakładu. Już w samem łonie szpitala czeka go może najtrudniejszy stósunek urzędowy. Jest to stósunek prymaryusza do rady szpitalnej: należąc do niej z głosem tylko doradczym, nie ma żadnego prawa wpływać na tok zarządzeń tej rady, choćby się z ich treścią nie zgadzał, a przecież przed światem, jako naczelnik zakładu, za skutki tych zarządzeń w bolesny nieraz sposób musi odpowiadać. Do rad bowiem szpitalnych należą ludzie różnego stopnia inteligencyi, bardzo niewiele znający się nieraz na szpitalnictwie a powodowani rozmaitemi wpływami i uprzedzeniami. Chcąc więc wybrnąć szczęśliwie z pośród tych sprzeczności, musi prymaryusz złożyć niejednokrotnie dowody wielkiego taktu, znajomości ludzi i niezachwianej stanowczości. Widzimy więc, że dobry i sumienny prymaryusz nie łatwe ma przed sobą zadania, nie łatwe jest i obsadzenie posady prymaryusza. To też nie zawsze trafnie się ono odbywa. Zwłaszcza w szpitalach pod zarządem miejskim, gdzie nadanie posady zależy od łaski i względów wszystkich panów członków rady, dużo jest antyszambrowania, wizyt we fraku, familijnych interesów, protekcyi i protekcyjek a w powodzi tej małomiasteczkowej polityki, topi się często główny cel t. j. wybór istotnie godnego człowieka. Wzajemne niezadowolenie bywa zwykle skutkiem tego stanu rzeczy. Byłoby więc bardzo pożądanem, aby władza kompetentna, jaką jest Wydział krajowy, przejrzawszy wszystkie wpływające podania, wybrała z nich trzy i takie terno do ściślejszego wyboru, z wykluczeniem wszelkich innych podań, właściwej Radzie miejskiej lub właściwemu Wydziałowi powiatowemu przedkładała.

Na jedno jeszcze zjawisko zwrócić chcę uwagę. W ostatnich kilku latach przy obsadzeniu posad prymaryuszów lwia ich część dostaje się lekarzom z kwalifikacyami operatorów, specyalnie zaś wychowankom oddziału chirurgicznego jednego ze szpitali krajowych. Motywem przeważającym na ich korzyść ma być potrzeba operatorów w szpitalach prowincyonalnych. Czy jednak w ten sposób zaspakaja się to wymaganie, to już inna kwestya. Wysokie tajemnice sztuki chirurgicznej wielkiego zastósowania w szpitalu prowincyonalnym nie znajdą a o ich niepowodzeniu przekonałem się osobiście aż w dwóch szpitalach prowincyonalnych. By zaś zrobić dobrze tracheotomię, herniotomię, amputacyę lub enukleacyę, resekcyę żebra lub kastracyę, na to może się porwać i nie specyalny chirurg, ale każdy sumienny praktyk, który w klinice i w studyach pouniwersyteckich darmo nie jadł chleba. Jeżeli tę sprawę poruszyłem, to dlatego, że chcę podnieść jednostronność zagnieżdżającej się zasady, zasady, która przyjąwszy się na dobre, ukrzywdzi innych kandydatów. Że prymaryusz szpitala powinien być biegłym w wykonywaniu głównych rękoczynów chirurgicznych, to nie ulega wątpliwości, ale nie ma on zadania przerabiać szpital na oddział chirurgiczny, lecz musi równocześnie z równą miłością uprawiać wszystkie działy swego pięknego zawodu, w miarę jak mu je życie codzienne nasuwa a więc medycynę wewnętrzną, syfilidologią, położnictwo i t. p. a nad wszystkiem górować musi umysł tęgi ogólno-lekarski, wolny od uprzedzeń, humanitarnie myślący. Taki dopiero prymaryusz stanie na wysokości swego zadania a nie koniecznie tylko operator o to ma prawo się pokusić.

W sprawie ustalenia prymaryuszów, jako urzędników krajowych, powiedzieć wypada to samo, co przy omawianiu sekundaryuszów poruszyłem. Nie tykam jednak tego przedmiotu, gdyż w petycyi prymaryuszów do Wysokiego Sejmu rzecz tę obrobiono wyczerpująco i gruntownie.

Oto są myśli luźne, jakie nasuwają się przy spokojnem i bezstronnem przypatrywaniu się stósunkom szpitalnym. Są one oparte na niewątpliwych okolicznościach, których nie przytaczam, by rzeczy nie rozwlekać. Byłoby mi nagrodą, gdyby myśli te zasłużyły sobie już nie na uwzględnienie, ale tylko na uwagę.

---

†

VII. Dr. Bronisław Paleczny.

I znów mamy rzucić garstkę wspomnienia Koledze, który padł ofiarą swego zawodu i swego stanowiska.

W rozkwicie pełni sił i życia, bo zaledwie 28 lat przeżył na tym świecie, a już nieubłagane przeznaczenie wy-

rwało śp. Bronisława z pośród nas, a już przyszło nam go pożegnać na wieki.

A temwięcej musimy odczuć tę stratę, gdy widzimy, jak piękne, zacne i poczciwe było życie zmarłego, jaka mrówcza praca i żądza nowych odkryć w naszej nauce i wiedzy ogarniała śp. Dra Palecznego, z jakiem pragnieniem i żywą chęcią a przytem i pełną wiarą w możność przyniesienia pomocy niósł zasób swej wiedzy cierpiącym. A wiedzę, naukę i doświadczenie miał wielkie, bo czego jeszcze nie dostawało śp. Bronisławowi ze studyów w naszej *Alma Mater*, to dopełnił reszty podróżą za granicą i doświadczeniem nabytem w szpitalu św. Łazarza, gdzie pełnił obowiązki sekundaryusza; tu też prawdopodobnie nabawił się duru plamistego, na który zmarł po dwutygodniowych cierpieniach d. 2. b. m.

Liczny szereg notat, studyów przygotowawczych i dwie rozpoczęte prace świadczą dobrze o pragnieniu ś.p. Palecznego przysporzenia naszemu piśmiennictwu nowych prawd i zdobyczy.

Tych parę słów kolegi z ław uniwersyteckich i towarzysza w pracy szpitalnej, który miał sposobność widzieć i podziwiać tę pogodę umysłu Zmarłego, tę równowagę usposobienia, niczem nigdy nie zamąconą, tę łagodność i cierpliwość w obcowaniu z chorymi, tę wielką pracę i gorliwość w wypełnianiu swych obowiązków, tych parę słów, powtarzam, niech służy za hołd oddany śp. Bronisławowi; żal zaś powszechny a szczery wśród kolegów za godny pomnik; a modły i prawdziwe błogosławieństwo chorych i cierpiących za żywo polecające się zasługi w tym nowym a nieznanym nam świecie. Spoczywaj w spokoju! *Dr. B. O.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8. Marca 1894 r.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dniu 7. b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu kilku spraw administracyjnych i przybraniu koll. prof. Cybulskiego i Kwaśnickiego do komisyi terminologicznej, zajmującej się pracą koło drugiego wydania słownika lekarskiego, okazał kol. prof. Rosner przypadek promienicy (*actinomycosis*) na twarzy, kol. prof. Pieniążek operowany przez siebie przypadek choroby krtani, poczem toczyła się nad wykładem kol. prof. Rydygiera, mianym na przeszłem posiedzeniu, obszerna dyskusya, w której brali udział prócz prelegenta koll. proff. Gluziński i Korczyński.

— Wyszła trzecia część dzieła prof. N. Cybulskiego: *Fizyologia człowieka* obejmująca rozdziały: wydaliny, charakter spraw chemicznych, statyka i dynamika ustroju. Zmysły. Oko. Cena niezwykle przystępna, bo tylko 75 kopiejek. Z pracy tej zdamy wkrótce sprawę w niniejszem piśmie.

— Z nadesłanego nam zdania sprawy pracowni bakteryologicznej warszawskiej Drów O. Bujwida i Wl. Palmirskiego za rok 1892. wyjmujemy następujące daty:

Zgłosiło się o poradę 482 osoby, z których uznano potrzebę leczenia u 419, mianowicie u 291 mężczyzn i 128 kobiet. Z Warszawy i okolicy pochodziło osób 94. Do lat 15 było osób 191, nad 15 lat 228. Leczenie rozpoczęto po ukąszeniu w dni 1 do 2 u 133 osób, w 2 do 5 dni u 156, w 5 do 10 dni u 84, w 10 do 20 dni u 38, w 20 do 30 dni u 3, w 30 do 40 i więcej dni u 5. Pokąsanych przez psy było osób 380, przez koty 21, przez konie 2, przez świnie 1, przez wilki 15. Chorzy byli w leczeniu we wszystkich miesiącach, najwięcej ich było we Wrześniu (bo 54), najmniej w Styczniu (23). Zmarło 6 osób, co stanowi 1·4% leczonych. Szczepienie rozpoczynano rdzeniem 8-dniowym, kończono 2-dniowym. Leczenie trwało od 6 do 10 dni; zastrzykiwano po 2 do 3 razy dziennie po 2 cm. sz. dosyć gęstej emulsyi z rdzenia króliczanego.

Niezadawalniające rezultaty skłoniły autorów do przedłużenia czasu kuracyi w r. 1893. od 1 do 2 tygodni, powiększenia liczby dziennych szczepień, przechowywania rdzeni w cieplocie, co najwięcej od 10 do 12° C. i dochodzenia do szczepienia emulsyą nawet 1-dniowego rdzenia. Wyniki szczepień w r. 1893. zapowiadają się pomyślniej, albowiem na 573 szczepionych nie umarł nikt.

Liczba osób leczonych i % śmiertelności przedstawiają się w różnych latach tak: rok 1888. osób 317, śmiertelność 0%, 1889 rok 343, zmarło 3, śmiertelność 0·87%, 1890 r. 448, umarła 1 osoba czyli 0·22%. 1891 r. 372, umarły 3 osoby czyli 0·80%.

— Siedm wydziałów lekarskich francuskich wypromowało w roku szkolnym 1892/3 723 doktorów medycyny, z których przypada 441 na Paryż, 103 na Lugdun, 88 na Bordeaux, 50 na Montpellier, po 15 na Tuluzę i Nancy a 10 na Lille.

— Homeopatya liczy widocznie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej wielu zwolenników, jak za tem przemawia liczba homeopatów w głównych miastach i tak: we Filadelfii na 2380 lekarzy jest 340 homeopatów czyli 14%, w Pittsburgu 383 i 54 czyli również 14%, w Minneapolis 328 i 46 (14%), w Saint-Paul 200 i 26 (13%); w Detroit 482 i 59 (12%), w Chicago 2700 i 348 (12%), w Cincinnati 723 i 53 (7%), Columbus 359 i 20 (6%), w Indianopolis 320 i 12 (4%) a najwięcej w Cleveland w Stanie Ohio, bo 627 i 139 czyli 20%.

— Jak się wzmaga konsumcya napojów wyskokowych we Francyi, świadczą najlepiej cyfry porównawcze z lat 1885. i 1892. zestawione przez jeneralną dyrekcyę podatków pośrednich a wyrażające ilość opodatkowanych napojów w hektolitrach. I tak absynt wzmógł się z 57732 do 129670, kirsz, rumy i t. p. z 114958 do 185824, wódki gorzkie z 30214 do 39445, nalewki owocowe z 8806 do 14823, likiery z 74051 do 82923, wódki niesłodzone z 1158625 do 1282684 hektolitrów.

— W Londynie traktuje się już dosyć dawno sprawa założenia instytutu leczenia wścieklizny metodą Pasteurowską, jednak dotąd bez skutku, z przyczyny agitacyi towarzystwa antywiwisekcyjnego, które nie chce dopuścić poświęcania królików dla leczenia ludzi i przytacza na to mnóstwo argumentów, nad któremi nie tylko lekarz, ale i każdy wykształcony może tylko ruszyć ramionami.

— W Londynie praktykuje obecnie 5590 lekarzy.

— Budapeszteńska woda gorzka Franciszka Józefa otrzymała na wystawie w Chicago najwyższą nagrodę i dyplom honorowy, co tem bardziej zasługuje na uwagę, iż w tym dziale mało przyznano nagród.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Sztrasburgu w Alzacyi Albert Luecke, profesor chirurgii; w Rostoku prof. J. Uffelmann, znany higienik.

— Już po zamknięciu niniejszego numeru otrzymujemy wiadomość, iż Radca zdrowia i przewodniczący komitetu redakcyjnego *Nowin lekarskich*, okulista Dr. Bolesław Wicherkiewicz w Poznaniu otrzymał od Cesarza niemieckiego tytuł profesora.

Cieszymy się bardzo z tego zaszczytnego odznaczenia Kolegi na rozmaitych polach swej czynności nader zasłużonego.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 496.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Gwoździcu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego winni się wykazać oprócz dostatecznych fizycznych zdolności także wymogami określonemi w §. 7. ust. z dnia 2. Lutego 1891 r. (Nr. 17. Dz. ust. i rozp. kraj.).

Podania wnieść należy do Wydziału powiatowego najdalej do 25. Marca b. r.

80—3—1 *Wydział powiatowy w Kołomyi.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 17. Marca 1894 r. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

TREŚĆ:

I. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej

Podał

Prof. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Czwarty pacyent, którego Panom przedstawiam, jest również wyleczonym z odbytu sztucznego (albo dokładniej powiedziawszy z przetoki kałowej, w którym to przypadku część kału odchodziła drogą naturalną), przez wykonanie resekcyi przedziurawionej pętli jelitowej. Wspomniana przetoka kałowa powstała skutkiem zaniedbania uwięzłej przepukliny pachwinowej.

Piąta i ostatnia chora była operowaną z powodu uwięzłej przepukliny udowej, a ponieważ pętla jelitowa uległa zgorzeli, wykonano natychmiast resekcyę tej pętli z następową enterorafią. Chora zupełnie wyleczona.

Oprócz wymienionych resekcyj jelit w przypadku trzecim, czwartym i piątym wykonaliśmy nadto jeszcze cztery resekcye. Nie liczę tu przypadku wgłobienia, w którym oprócz resekcyi jeszcze inny zabieg okazał się potrzebnym; opiszę go szczegółowo później. Ze siedmiu w tem półroczu wykonanych resekcyj pięciu chorych jest wyleczonych a dwóch umarło.

Pozwólcie mi Panowie dodać na zakończenie mojej demonstracyi kilka uwag, tyczących się niektórych, dotychczas niezupełnie jasnych kwestyi resekcyi odźwiernika, gastroenterostomii, jakoteż postępowania przy przepuklinach zgorzelinowych, i odbycie sztucznym.

1) Co się tyczy resekcyi żołądka w raku odźwiernika, to coraz więcej usuwano ją na plan drugi, zastępywano gastroenterostomiami, jak sądzę, zupełnie niesłusznie, gdyż gastroenterostomia jest przecież tylko operacyą paliatywną. Skoro wobec raka kiszki stolcowej eksstyrpacya (czy resekcya czy amputacya) zyskuje sobie coraz więcej uznania i wzięcia przed kolostomią, sądzę, że i resekcya żołądka musi z czasem zająć właściwe miejsce. Zdają się za tem przemawiać wspomniane już dobre wyniki późniejsze, tak że K o c h e r z pewnością ma słuszność, twierdząc tak, jak ja to od samego początku czynię, że pilorektomia musi dla raka żołądka zostać operacyą przyszłości. Oczywista, musi się dostawać do operacyi dość wczesne przypadki i słusznie w swoim czasie zwrócił uwagę B i l l r o t h na ten szczegół, że z razu bezwarunkowo operowano wiele przypadków nienadających się do resekcyi. Główną trudność przedstawiało dość wczesne rozpoznanie raka żołądka i tak ma się rzecz i dzisiaj. Pewność mieć możemy dopiero, gdy guz wymacamy a i wówczas jeszcze pozostaną wątpliwości co do natury guza, gdyż bliznowate zgrubienia przedstawiają się bardzo podobnie. Godzimy się jednak wszyscy na to, że i w takim przypadku mamy wskazania do operacyi, skoro tylko są objawy zwężenia odźwiernika; niestety często może się guz, dopóki jest mały, ukrywać a tak mija najlepszy czas do doszczętnego usunięcia nowotworu. W jaki sposób możemy temu zaradzić przez wczesne ustanowienie wskazań do zabiegu operacyjnego (mniejsza o to czy resekcyi czy gastroenterostomii)? Przy każdem zwężeniu odźwiernika, czy to rakowatej czy bliznowatej natury, istnieje następowa rozstrzeń żołądka, którą zwykle o wiele prędzej jeszcze jesteśmy w stanie rozpoznać, zanim wyczujemy guz. Obok tego istnieją jednak rozstrzenie żołądkowe bez zwężenia odźwiernika, które i bez zabiegu krwawego są wyleczalne. Panowie interniści przyznają mi jednak, że to udaje się zwykle dopiero po długiem i konsekwentnem leczeniu a wyzdrowienie jest często nietrwałe. Do tych przypadków należą mianowicie te, w których żołądek znacznie opadał ku dołowi, gdzie tworzą się z łatwością załamania, gdzie przerasta błona śluzowa skutkiem długo trwałego nieżytu kwaśnego. Wiemy zaś dziś całkiem pewnie, że zarówno resekcya żołądka jak i gastroenterostomia na pewne leczy każdą rozstrzeń żołądka, skoro tylko zrobione otwory dobrze funkcyonują. D l a t e g o p o z w a l a m s o b i e z a l e c i ć j a k o d a l s z e w s k a z a n i e d o z a b i e g u o p e r a c y j n e g o n a ż o ł ą d k u r o z s t r z e ń j e g o f o r m y u p o r c z y w s z e j i w y ż-

szego stopnia. Skoro to wskazanie ogólnie się przyjmie, będziemy mogli daleko wcześniej przystępować do laparotomii. Czy znajdziemy wrzód żołądka, czy bliznowate zwężenie, czy też odsznurowania i załamania w skutek postronków i zrostów, czy przerost błony śluzowej, w każdym z tych przypadków będziemy mogli przez odpowiedni zabieg operacyjny przynieść pomoc choremu. Nawet w tych rzadkich przypadkach, w których nie zdołamy wymacać żadnego guza w odźwierniku ani w dwunastnicy, możemy wykonać gastroenterostomią tylko z powodu uporczywej, żadnymi lekami nie dającej się usunąć rozstrzeni żołądka. Więc i wówczas nie zrobiliśmy laparotomii daremnie i o to jest, co lekarzowi ułatwi wczesne zalecenie zabiegu chirurgicznego.

Proszę jednakże mnie źle nie zrozumieć. Nie jestem za gastroenterostomią w każdym przypadku rozstrzeni żołądka, jedynie tylko w tych uporczywych przypadkach, które nie dają się usunąć żadnymi środkami leczniczymi i które zdają się wskazywać przez to na jakąś mechaniczną przeszkodę w odźwierniku lub w dwunastnicy, (jak to raz mnie i Lauensteinowi się wydarzyło), a w których nawet po wykonaniu laparotomii nieraz stanowczo rozstrzygnąć nie można, czy nie ma znacznego przerostu błony śluzowej w odźwierniku. W tych to przypadkach znacznej rozstrzeni żołądka nawet bez wymacalnego guza w okolicy żołądka zalecam gorąco wczesną laparotomię.

Rzecz oczywista, że zakres tego wskazania rozszerzy się tem więcej, im bezpieczniejszą będzie gastroenterostomia. Nie posądzam, lubo wątpię, czy metoda H. Birchera, polegająca na wytworzeniu zakładki na żołądku, nie zastąpi w przyszłości gastroenterostomii (dotąd H. Bircher zastósował ją w 3 przypadkach), ale jeżeli ją zastąpi, to tem samem rozszerzy zakres wskazań do wczesnej laparotomii.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Podał

Dr. M. Cercha,

były I-szy asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

O ile rokowanie w porodach powikłanych tego rodzaju włókniakami, które wytwarzają niestósunek porodowy, jest wątpliwe, o tyle w naszym przypadku długie trwanie porodu, znużenie matki, ścieśnienie miednicy kostnej, zabiegi poprzednich operatorów a najbardziej niedostateczne rozwarcie dróg miękkich, tężec i objawy rozkładu w macicy rokowanie to bardzo pogarszały. Mieliśmy jednem słowem przed sobą przypadek zaniedbany, który już oddawna wymagał umiejętnej pomocy, i wykluczyć się nie da, że pomoc ta w odpowiednim podana czasie, mogła uratować życie i matki i płodu. Okoliczności, w których rozpoczęliśmy swe działanie, aby wobec niewątpliwej śmierci płodu ratować chociaż matkę, były tak niepomyślne, że już z góry nie tuszyliśmy sobie, aby zabiegi nasze pomyślnym na pewne mogły być uwieńczone skutkiem. A przecież trzeba było matkę już rozwiązać, a w jaki sposób, to zaraz pokrótce wyłuszczę.

Rozumowanie nasze było takie: Mamy przed sobą przypadek bezwzględnego ścieśnienia miednicy z powodu guza. W takich przypadkach, przynajmniej w szkole położniczej krakowskiej, pytamy się, czy ten guz nie da się wycofać, bez uśpienia chloroformowego, lub w niem, do miednicy dużej nad wchód. Być może, że nam to powiedzie się. A jeżeli nie, pytamy się wtedy, czy guz nie da się pomniejszyć? To pytanie w naszym przypadku nie wchodziło w rachubę, bośmy mieli to przekonanie, że o pomniejszeniu guza mowy być nie może. Cóż wtedy pozostaje, gdy na obydwa te pytania odpowiedź mamy przeczącą? Wtedy postępujemy tak, jak w bezwzględnem ścieśnieniu, t. j. albo drogą naturalną trzeba wydobyć płód pomniejszony, jeżeli ścieśnienie nie przekracza poniżej $5^1/_2$ cm. lub też robimy cięcie cesarskie, i to albo zachowawcze (Saenger), albo z wycięciem macicy (Porro).

Jakże się rzecz miała w naszym przypadku?

Gdybyśmy mogli wykazać niewątpliwie, że płód żyje, i gdyby tylko guz zaklinowany w miednicy małej stanowił zaporę, to według zasad szkoły krakowskiej, a powiedzmy, i w innych szkołach używanych, musielibyśmy myśleć w pierwszym rzędzie o wycofaniu guza w uśpieniu chloroformowem i wydobyciu płodu drogą naturalną i moglibyśmy się spodziewać w razie, gdyby się guz dał wysunąć, pomyślnego wyniku i dla płodu i dla matki, taki bowiem przebieg nie jest czemś nadzwyczajnem. Ależ w naszym przypadku oprócz guza mieliśmy jeszcze ścieśnienie ogólne miednicy kostnej drugiego stopnia; otóż, gdyby płód był żywy, to zdaniem mojem nawet po wycofaniu guza nie wyszedłby on przy zabiegu operacyjnym cało, a w takim razie bylibyśmy się niewątpliwie zdecydowali na wykonanie cięcia cesarskiego, wydobywszy zaś płód żywy bylibyśmy wykonali na macicy taki zabieg, któryby uwolnił raz na zawsze kobietę od włókniaków, a więc bądź wycięcie włókniaków, bądź też wyłuszczenie sposobem Martina, lub odcięcie macicy powyżej szyi z zapuszczeniem kikuta do jamy brzusznej, lub z pozostawieniem go na zewnątrz. Zdaje mi się, że tym sposobem osiągnęlibyśmy najpomyślniejszy wynik porodu a zarazem uwolnilibyśmy matkę od niebezpieczeństw połączonych z obecnością włókniaków w macicy. Niestety zaraz po pierwszem badaniu nabraliśmy przekonania, że płód nie żyje, a przyczyną tego było przeciąganie się porodu, bezskuteczne zabiegi operacyjne w domu a nadewszystko tężec macicy, który był następstwem niestósunku porodowego i wyżej wymienionych okoliczności. Zabieg tak ciężki, jak cięcie cesarskie przy porodzie powikłanym włókniakami macicy, który według Saengera w 83% przypadków kończy się niepomyślnie dla matki, byłby za cenę żywego płodu niewątpliwie usprawiedliwiony. Ale zwolennik cięcia łonowego mógłby nam powiedzieć, że nie pomyśleliśmy o tej zbawiennej operacyi po odprowadzeniu guza Owszem i ta myśl nam zabłysła, ale gdyby nawet było do niej wskazanie, to nauczeni doświadczeniem jednego wprawdzie tylko przypadku, nie łatwiejbyśmy się na nie pisali, niż na wykonanie cięcia cesarskiego. Przypadek ten ogłosiłem w *Przegl. lekarskim.* [1])

To też na razie o cięciu cesarskiem i o cięciu łonowem musieliśmy zapomnieć a starać się użyć zabiegów mających na celu usunięcie guza i urodzenie płodu pomniejszonego

---

[1]) Cercha: Przyczynek do cięcia łonowego. *Przegląd lekarski* 1893 Nr. 34—38.

drogą naturalną. Dopiero, skoroby guz nie dał się wysunąć, widzielibyśmy się zmuszeni w obec bezwzględnego wskazania rozwiązać matkę drogą nienaturalną mimo nawet śmierci płodu i połączyć to rozwiązanie z odpowiedniem, doszczętnem usunięciem włókniaków. Wprawdzie mógłby nam ktoś powiedzieć, po co wycofywać guz? wszak można było zaraz, zwłaszcza że poród trwał długo, że cuchnące były odchody a zatem pewnie sprawa zapalna posokowata na błonie śluzowej i do tego włókniaki, przystąpić do cięcia cesarskiego metodą Porry, przezco uwolniłoby się matkę od źródła zakażenia i wyleczyłoby raz na zawsze od włókniaków. Zapewne, że i temu, któryby tak postąpił, zarzutu niktby nie uczynił, ale czy my wiemy, jak daleko jad gnilny wtargnął do organizmu, czy mimo wyjęcia macicy nie nastąpiłoby uogólnienie sprawy, a dalej przypomnieć musimy i to, że nie każdy przypadek, w którym poród trwa długo i mamy już objawy rozkładu obumarłego płodu po jego urodzeniu, gdy nie żałujemy płynu mającego zniszczyć jad, kończy się niepomyślnie; owszem na poparcie swego zdania mógłbym przytoczyć cały szereg porodów bardzo zaniedbanych, z objawami zakażenia, w których po rozwiązaniu i sumiennej desinfekcyi części rodnych przebieg połogu nic nie pozostawiał do życzenia.

Co się zaś tyczy włókniaków, to one w połogu mogły uledz pomniejszeniu, na co mamy w literaturze niewątpliwe dowody, i mogły bez szkody dla niewiasty istnieć dalej, jak istniały przed ciążą nie wywołując żadnych ważniejszych objawów; wszak rodząca do chwili porodu wcale o nich nie wiedziała.

Owa niepomyślna statystyka Saengera, wykazująca po cięciu cesarskiem w przebiegu porodu włókniakami powikłanego 83% śmiertelności, wprawdzie nie może nas od zabiegu odstraszyć, gdzie tego potrzeba wymaga koniecznie, ale w każdym razie do wykonania cięcia cesarskiego z pominięciem innych, możliwych sposobów łagodniejszego rozwiązania rodzącej nie zdaje się, że nas uprawnia. To też i my wybraliśmy, stósując się do zasad przyjętych w szkole położniczej krakowskiej, nie zaraz cięcie cesarskie, lecz postąpiliśmy w sposób, który poniżej opiszę. Żeśmy nie uzyskali pomyślnego skutku, wina, zdaje się, nie polega na wyborze sposobu; szukać jej raczej należy w zaniedbaniu porodu i w powikłanych stósunkach, jakie guz przedstawiał względem macicy, jak również i w tej okoliczności, że wynik pomyślny w podobnych przypadkach należy do rzadkości.

Tak więc przystąpiliśmy w uśpieniu chloroformowem do odprowadzenia guza, używszy przedtem i innych środków mających na celu usunięcie tężca macicy, jak kąpieli i morfiny. (Dokończenie nastąpi).

III. Z pracowni patologiczno-chemicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej.

Napisał

Dr. Gustaw Toepfer.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Boas [1]) zamiast papieru używa rozczynu Congo. Ponieważ jednak rozczyn Congo jest także czuły i na kwasy organiczne, przeto wyniki otrzymane tą metodą są niepewne. Sjögnist [1]) dodaje do mierzonej części treści żołądkowej węglanu barowego, przezco wolne kwasy i kwas solny z białkiem połączony przechodzą w sole barowe, i spala. Przy spaleniu sole kwasów organicznych przemieniają się w węglany, gdy nie zmienia się chlorek barowy. Po rozpuszczeniu w wodzie znajdujemy tu całą część chloru kwasu solnego, węglan barowy zaś nie przechodzi w rozczyn. Węglan barowy może wprawdzie utworzyć z kwasem solnym luźnie połączonym sól stałą, jednakże wobec znacznej ilości białka nie przechodzi cała ilość kwasu solnego w sól barową i ztąd powstają nieraz bardzo znaczne błędy.

Bourget [2]) postępuje podobnie jak Sjögnist. Do 20—30 cm. sz. przesączu treści żołądkowej dodaje węglanu barowego, następnie suszy i spala. Wytworzony chlorek baru wyciąga wodą i strąca zgęszczonym rozczynem sody, przesącza, poczem strąt na sączku dokładnie wymywa. Następnie miesza ten strąt w kolbce o oznaczonej objętości z 10 cm. sz. kwasu solnego (którego 1 cm. sz. odpowiada 10 cm. sz. rozczynu sody), sączy i część tego przesączu napowrót miareczkuje za pomocą znanego już rozczynu sody. Za indykator służy barwik fenolftaleina.

Leo [3]) wykłuca naprzód kwasy tłuszczowe i kwas mlekowy. Następnie oznacza kwasotę sposobem miareczkowym za pomocą fenolftaleiny. Do innej części dodaje węglanu wapniowego, miesza i sączy; w przesączu oznacza znowu w powyższy sposób kwasotę. Z różnicy obu otrzymanych wartości kwasoty można obliczyć tę ilość kwasu solnego, która przeszła w chlorek wapniowy.

Poprzednia i ostatnia metoda wymaga pracowni chemicznej i wiele czasu. Winter i Hayem [4]) są pierwsi, którzy części kwasu solnego t. j. kwas solny wolny i kwas solny luźnie połączony oznaczają oddzielnie. A czynią to w sposób następujący:

Do trzech tygielków *A*, *B* i *C* dają po 5 cm. sz. treści żołądkowej. Do *A* dodają węglanu sodowego w nadmiarze. Wszystkie tygielki parują na łaźni wodnej i następnie suszą w stu stopniach.

Tygielek *A* żarzą lekko nad wolnym płomieniem i wyciągają wodą. W tym wyciągu oznaczają za pomocą srebra chlor. W ten sposób otrzymują wartość dla całego wydzielonego kwasu solnego $= a$.

Do drugiego tygielka *B*, z którego podczas suszenia w stu stopniach ulotnił się wolny kwas solny, dodają również węglanu sodowego i postępując jak powyżej, otrzymują wartość $= b$.

Różnica z $a—b$ stanowi wartość wolnego kwasu solnego.

Trzeci tygielek *C* żarzą wprost i oznaczają również miareczkowaniem za pomocą srebra chlor. Ta część stanowi wartość chloru chlorków. Wartość tę oznaczają $= c$. Zatem $b—c =$ ilości chloru zawartego w kwasie solnym luźnie połączonym. Jestto jedna z najściślejszych metod. W ostatnich

[1]) Boas: Beitrag zur Methodik des Salzsäurebestimmung im Mageninhalte. Centralblat f. klin. Med. 1891. Nr. 2.

[1]) Sjögnist: Eine neue Methode freie HCl im Mageninhalte quantitativ zu bestimmen. Zeitschrift f. phys. Chemie. Tom 13.

[2]) Bourget: Nouveau procède pour la récherche et la dosage de l'acide chlorhydrique dans le liquide stomacal. Arch. de méd. expérim. 1889, Nr. 6.

[3]) Leo: Diagnostik der krankheiten der Verdauungsorgane. Berlin. 1890.

[4]) Hayem et Winter: Recherches sur le chimisme stomacale à l'état normal et à l'état pathologique. Bulletin méd. 1889. Nr. 95. Hayem et Winter: Du chimisme stomacale. Paris. 1891.

czasach pojawiła się bardzo wyczerpująca praca Martiusa i Littkego [1]), gdzie prócz dat fizyologicznych znajdujemy nową metodę badania treści żołądkowej. Ci autorowie niezależnie od Wintera i Hayema oznaczają również obok siebie kwas solny wolny i luźnie połączony.

Metoda ich polega na sposobie badania podanym przez Biddera i Schmidta. Oznaczają po pierwsze całą ilość chloru w danej części treści żołądkowej metodą Vollharta-Falka. Następnie oznaczają w drugiej części przez spalenie kwas solny połączony ze substancyami białkowatemi i zasadami organicznemi. „Kwas solny znajduje się w treści jelitowej już to połączony z substancyami białkowatemi, jużto jako wolny kwas solny. Przez spalenie takiej treści żołądkowej ulatnia się tak wolny kwas solny, jakoteż i kwas solny luźnie z substancyami białkowatemi i zasadami organicznemi połączony. Inaczej zachwują się połączenia chemiczne kwasu solnego z zasadami nieorganicznemi, które za spaleniem nie ulatniają się i w popiele pozostają. Tylko przez bardzo mocne żarzenie aż do czerwoności mogą się ulotnić i te chlorki" (przytoczone według strony 102. cytowanej pracy.) Przez odjęcie ilości chloru odpowiadającego chlorkom od ilości znalezionej wartości dla całego chloru obliczają ilość chloru należącego do wolnego + luźnie połączonego kwasu solnego.

Oprócz tego oznaczają za pomocą fenoloftaleiny ogólną kwasotę. Odjąwszy od tej wartości dla ogólnej kwasoty wartość wyż znalezionej ilości kwasu wolnego + kwasu solnego luźnie połączonego obliczają ilość kwasów organicznych. Następnie za pomocą tropeoliny 00 (?) [2]), oznaczają ilość wszystkich kwasów solnych sposobem miareczkowym; przez odjęcie od tej ilości wartości otrzymanej dla kwasów organicznych, znajdują ilość wolnego kwasu solnego, z czego wartość kwasu solnego luźnie połączonego sama przez się wypływa.

Wzór jest następujący:

A = ogólna kwasota,
B = kwasota kwasów wolnych,
a = cała ilość chloru (zawarta w treści żołądkowej),
b = chlor chlorków.

$a - b$ = chlor kwasu solnego wolnego + chlor kwasu solnego luźnie połączonego,
$A - (a - b)$ = ilość kwasów organicznych,
$B - [A - (a - b)]$ = ilość wolnego kwasu solnego,
$A - B$ = kwas solny luźnie połączony.

Metoda z pewnością odpowiada wszelkim wymaganiom dokładności i nie jest zbyt długa. Jednakowoż, aby mogła odpowiedzieć wymaganiom kliniki lub szpitala, za dużo jeszcze potrzebuje czasu; dla lekarza praktykującego więc zupełnie nie jest do przeprowadzania. Powyższe przyczyny zmuszały niejako do szukania, mimo tej wielkiej ilości metod, nowego sposobu badania, któryby z zachowaniem tej samej dokładności, prostemi środkami i w krótszym czasie prowadził do celu.

Szczególnie odpowiednią musiałaby być taka metoda, którаby li tylko za pomocą rozmaitych indykatorów pozwalała oznaczać z osobna czynniki kwasoty.

[1]) F. Martius und J. Littke: Die Magensäure des Menschen. Stuttgart. 1892.

[2]) Tropeolina 00 (połączenie sodu z kwasem dyfenilanilinazosulfanilowym) jest czułą tylko na kwasy nieorganiczne. Natomiast tropeolina 0, sól sodu z kwasem dymetylanilinazosulfanilowym (Methylorange), jest także czułą i na kwasy organiczne.

Jednym z najgłówniejszych warunków było odszukanie barwika, któryby li tylko oddziaływał na kwasy nieorganiczne. Po długich badaniach okazało się, że takim barwikiem jest dymetylamidoazobenzol [1]). Barwik ten różni się od innych dotychczas zastósowanych tem przedewszystkiem, że jest daleko czulszym, bo już jedna kropla $^1/_{10}$ prawidłowego rozczynu kwasu solnego (w 1 cm. sz. płynu znajdowało się zatem 0·000036 grm. HCl) na 5 cm. sz. wody przekroplonej jest w stanie neutralną żółtą barwę tego barwika zmienić w czerwoną. Wprawdzie i kwasy organiczne wywołują tę samą reakcyę, ale tylko w rozczynach więcej, niż półprocentowych a zgęszczenie to w treści żołądkowej jest nader rzadkie. Nadto reakcya ta nie występuje nawet w obecności choćby tylko bardzo małych ilości białka lub peptonu. Jeżeli się zaś zważy, że jedno z tych ciał przynajmniej zawsze znajduje się w treści żołądkowej, musimy przyjść do przekonania, że wartość barwika nic a nic na tem nie traci. Zarzut, jaki podobnym robiono indykatorom, był zawsze ten, że żaden z nich pod względem czułości nie był w stanie zastąpić odczynnika Günzburga. Żeby i naszego barwika ten zarzut spotkać nie mógł, porównywałem wyniki próbą floroglucyno-wanilinową otrzymane z wynikami otrzymanemi naszym barwikiem. W tym celu roztwarzałem z jednej strony rozczyny kwasu solnego, z drugiej strony odpowiednie treści żołądkowe dopóty, dopóki właśnie jeszcze reakcya na odczynnik Günzburga występowała. Rozczyny takie dawały wyraźne jeszcze zabarwienie czerwone za dodaniem dymetylamidoazobenzolu. Oprócz tego badałem, czy czułość tego barwika zgadza się z fizyologiczną czułością trawienia. W tym celu napełniono 10 rurek probierczych od 1—10 po 5 cm. sz. 0,5% rozczynem białka kurzego. Do rurki probierczej pierwszej (1) dodaliśmy 1 kroplę $^1/_{10}$ normalnego rozczynu kwasu solnego, do drugiej (2) dwie krople i t. d. do dziesiątej (10) 10 kropli. Do każdej rurki probierczej rzucałem jeszcze po strzępku włóknika i nieco pepsyny. Rurki te probiercze poddawałem następnie przez 10 minut działaniu ciepłoty 37°. Po 10 minutach nr. 1—5 nie okazywały żadnego śladu trawienia, nr. 6. pierwsze początki, nr. 10. włóknik był zupełnie strawiony. Z każdej takiej rurki probierczej badano próby odczynnikiem Günzburga i naszym barwikiem.

Nr. 1, 2, 3, 4, 5, nie dają żadnej reakcyi,
Nr. 6. reakcya względem dymetylamidoazobenzolu (lekkie zabarwienie), reakcyi Günzburga brak.
Nr. 7. wyraźna reakcya względem dymetylaminoazobenzol, wyraźna reakcya względem odczynnika Günzburga.

Z tej zgodności z próbą floroglucyno-wanilinową z jednej strony, z braku reakcyi z 5 pierwszych rurek probierczych z drugiej strony, w których jednakże kwas solny był obecny t. j. z substancyami organicznymi połączony, wnieśliśmy, że barwik ten jest tylko indykatorem wolnego kwasu solnego; dymetylamidoazobenzol uważam zatem za najodpowiedniejszy do oznaczania wolnego kwasu solnego. Dla oznaczania reszty czynników kwasoty żołądkowej okazały się najodpowiedniejszymi, fenolftaleina i alizaryna (połączenie kw. alizarynosulfonowego ze sodem).

Fenolftaleina dlatego nadaje się, ponieważ jest czułą na wszystkie czynniki kwasoty, do oznaczania miareczko-

[1]) Barwik ten został wprowadzonym do acydymetryi przez B. Bischera i O. Philippa. Annal. Pharm. 23—434.

wego całej (ogólnej) kwasoty. Alizaryna zaś lub tropeolina są czułymi na wszystkie czynniki kwasoty z wyjątkiem luźnie połączonego kwasu solnego. Różnica zatem ze znalezionej wartości kwasoty za pomocą fenolftaleiny i wartości znalezionej za pomocą alizaryny daje nam wartość kwasu solnego luźnie połączonego. Prawdziwość tej okoliczności, której podstawy teoretycznej nie znamy, staraliśmy się w ten sposób udowodnić, że oznaczaliśmy naprzód za pomocą powyższych indykatorów cały szereg sztucznych mięszanin, których treść znaliśmy ilościowo, powtóre cały szereg soków żołądkowych badaliśmy metodą Martiusa i Lüttkego i wyniki tych badań porównywaliśmy z wynikami otrzymanymi za pomocą powyższych indykatorów.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Fr. Chłapowski: **Przypadek utajonego przebiegu wrzodu żołądkowego wraz z uwagami nad patogenezą tego cierpienia.**

Autor zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze wrzodu żołądkowego w przypadkach, gdzie nie ma swoistych objawów podmiotowych a w których badaniem przedmiotowem, pominąwszy nie dające się niekiedy wykonać badanie treści żołądkowej, również nie można wykryć nic charakterystycznego, zwłaszcza u chorych o nastroju hipochondrycznym lub u neurasteników. Jeden z takich przypadków spostrzegał autor podczas praktyki zdrojowej w Kissingen. Dotyczył on mężczyzny 50 letniego, zamożnego obywatela, dobrze zbudowanego i odżywionego. Prócz rozlicznych zboczeń czynnościowych będących przedmiotem ciągłych skarg chorego, odbijania, uczucia gniecenia po jedzeniu, zgagi z jednej, uczucia palenia, mrowienia w różnych częściach ciała, bolów i zawroty głowy z drugiej strony, nie można było oprócz miernego stopnia miażdżycy tętnic wykazać nic stanowczego. Zupełnie też niespodziewanymi były objawy wrzodu żołądkowego, które wystąpiły po kilkodniowym pobycie chorego w zakładzie. Nagle po wielu błędach dyetetycznych i w ogóle niestósownem zachowaniu się chorego powstał pierwszy krwotok, w tydzień po nim drugi, któremu chory uległ. Sekcya wykazała wrzód żołądka usadowiony w bliskości wpustu, wielkości grosza, w środku wrzodu tętniczkę większych nieco rozmiarów przedartą zupełnie, zkąd powstał śmiertelny krwotok; zresztą ani w sąsiedztwie wrzodu, ani w narządach pobliskich nie wykryto żadnych zmian. Wysokiem usadowieniem się wrzodu tłómaczy autor utajony jego przebieg, kładąc przy tem nacisk na układ nerwowy bardzo pobudliwy, niespokojny i miażdżycę tętnic jako czynniki bardzo ważne, niekorzystnie na wrzód żołądka wpływające.

Przechodząc do etyologii wrzodu okrągłego, wypowiada autor zdanie, że na powstawanie wrzodu wpływają przedewszystkiem zmiana stósunków krążenia w błonie śluzowej żołądka, albo też zmiany w składzie chemicznym krwi; w pierwszym przypadku niedostateczny dopływ, w drugim zmniejszenie się alkalescencyi nie wystarczają do zobojętnienia kwaśnego soku żołądkowego, który trawi błonę śluzową i wywołuje owrzodzenia. Znacznie mniejszą wagę przypisuje autor niestósownemu doborowi pokarmów i nadmiernemu używaniu napojów i przypraw korzennych, czego dowodzić ma częste występowanie wrzodu u kobiet, które mniej grzeszą w tym względzie, jak nie mniej ta okoliczność, że wśród ludności żywiącej się przeważnie pokarmami roślinnemi a nie szczędzącej przytem napojów wyskokowych rzadko przydarza się wrzód żołądka. Również i czynnikom przyrody nerwowej przypisać należy wpływ na wydzielanie soku żołądkowego a tem samem i na powstawania owrzodzeń. Wpływy te obok zmian miażdżycowych w tętnicach stają się powodem ciężkiego przebiegu wrzodów i śmiertelnych krwotoków u osób starszych. (*Nowiny lekarskie Nr. 12. 1893.*)

Dr. L. Korczyński.

Karol Rychliński: **O nasennem działaniu tryonalu.**

Tryonal stósowano w 13 przypadkach chorób mózgowych tak organicznych, jak i czynnościowych z dobrym skutkiem. Wyniki doświadczeń streścić można w następujący sposób: 1) działanie tryonalu jest pewne i szybkie a dawka mniejsza, niżeli podobnych leków nasennych, 2) po przebudzeniu się chorzy nie doznają niemiłego uczucia ociężałości, jak po użyciu sulfonalu, lecz owszem mają uczucie zadowolenia. Smak ma tryonal przyjemny, nieco gorzkawy i rozpuszcza się bardzo łatwo, co ułatwia podawanie tego leku. 4) O ile z małej liczby doświadczeń wnosić można, nie wywiera on wpływów ubocznych i zażywać go mogą nawet chorzy z wadami serca. Dawka wynosiła od 0·5 do 1·0 gm. (*Kron. lek. Nr. 2. 1894*) *Dr. L. Korczyński.*

W. Minnich: **Przypadek kamicy trzustkowej.**

Autor przytaczając powszechne zdanie, że kamicy trzustkowej za życia rozpoznać nie można, twierdzi wprost przeciwnie, że należy tylko zwracać pilniejszą uwagę na szereg objawów, które dozwalają ją rozpoznać. Na dowód tego przytacza przypadek tyczący się kupca 68 letniego, w rodzinie którego pod względem chorób ustrojowych dziedziczności nie było; sam zaś chory aż do obecnej choroby przebywał 2 razy kamicę żółciową: raz w 40. r. życia, drugi raz w 10 lat potem. Obecna choroba rozpoczęła się w grudniu 1893 r. mocnymi bólami, podobnie jak w kamicy żółciowej, czemu od czasu do czasu towarzyszyły uczucie gniecenia i ucisku w okolicy żołądka a nadto brak apetytu i wstręt do płynów. Cierpienie to opisywał chory, jako bóle stałe w lewem podżebrzu głęboko występujące, które zwolna wzrastały aż do napadów. Na szczycie napadu, bóle te rozpromieniały się wzdłuż brzegu podżebrza ku kręgosłupowi w okolicę lewej łopatki, podczas ustępowania zaś napadu tą samą drogą wracały na pierwotne miejsce, zkąd wyszły. Badanie moczu po takim napadzie nic nie wykazało. Napady pojawiały się codziennie prawie i trwały różnie długo. Leczenie jak ścisła dyeta, woda Karlsbadzka, nakoniec ciepłe okłady były prawie bez skutku. Badanie stolca nie wykazało nic, coby przemawiało za kamicą żółciową. Znaleziono jednak kilkakrotnie w kale konkrementy wielkości soczewicy, kształtu nieregularnie okrągłego a nawet w postaci żwiru. Dokładne badanie wykazało, że składają się one z masy na wpół stałej, którą łatwo palcami rozgnieść można, jednak nieplastycznej. Przekrój ich biały, mdławo-przeświecający, nie przedstawia budowy warstwowej, ani jądra dla kamieni charakterystycznego. Pod drobnowidem są bezpostaciowe, rozpuszczając się łatwo w chloroformie dają w nim wyraźne zmętnienie a prażone w rurce odczynnikowej wydają mocną woń aromatyczną. W dalszym przebiegu chory miewał bóle z mniejszem lub większem nasileniem, badanie zaś stolców pod względem obecności kryształków tłuszczowych nigdy ich nie wykryło. Przytem chory wyglądał dobrze, nie tracił nic na wadze a na brak apetytu uskarżał się tylko podczas napadu.

Rozpoznanie swoje kamicy trzustkowej opiera autor na wykazaniu konkrementów w stolcu a odróżnia je od kamyków żółciowych po konsystencyi. Zresztą dziwnem byłoby, powiada autor, żeby u tego samego chorego, u którego przedtem podczas dwukrotnej kamicy żółciowej znaleziono kamyki cholestearynowe, nagle w pęcherzyku żółciowym nowe jakieś kamienie się wytworzyły; kamicą zaś napady te autor dlatego nazywa, że chory określał je jako zupełnie podobne do poprzednich. Z zachowania się fizyologicznego stolców wnosi autor, że kamienie te nie zatykają zupełnie przewodu Wirsunga; zresztą zupełne powstrzymanie dopływu soku trzustkowego zdarza się rzadziej, jak to wprost wynika ze stósunków anatomicznych, gdyż uboczny przewód

przechodzący przez szyjkę i głowę gruczołu komunikuje prawie zawsze z przewodem głównym.

Całkowite zaś zatrzymanie soku trzustkowego możliwem jest w 3 razach:

1⁰ Przez zatkanie kamieniami części jelitowej (*portio intestini*) obydwu przewodów,

2⁰ przez zatkanie części jelitowej przewodu Wirsunga przy równoczesnej obliteracyi ujścia przewodu jelitowego ubocznego,

3⁰ przez zatkanie wielu przewodów gruczołowych kamykami. (*Berliner klinische Wochenschrift Nr. 8*).

Dr. Józef Langer.

D. Hansemann: **Zboczenia odżywcze w następstwie przerwania nerwu kulszowego.**

Autor opisuje przypadek, w którym przy sekcyi w zakładzie patologicznym Charité na zwłokach 70 letniego mężczyzny znalazł na prawem udzie tuż ponad kolanem po stronie zewnętrznej bliznę na 10 cm. długą, prawdopodobnie po nacięciu. Sięgała ona aż do kości i torebki stawowej i w niej kończył się nerw kulszowy nerwakiem wielkości orzecha laskowego. Blizna ta przebiegała dalej nieco ku tyłowi aż pod kolano i tu można było znowu znaleść nerw jako cienką, szarą nitkę, podczas gdy w całej bliźnie wykryć go nie było można. Staw kolanowy zesztywniały; rzepka zrosła z kością udową. Skóra na całem przedudziu i stopie była cienka, sucha. Tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięta jak gdzieindziej a mięśnie wyglądały jak zbita tkanka tłuszczowa z tą różnicą, że można było odróżnić pasma. Palec duży u stopy prawej pomniejszony, ze szczątkami paznogcia; obok niego resztki dwóch innych palców, również ze śladami paznogci, obok małych wyniosłości wypryskowych. Blizn zaś tu żadnych nie było. Lewa stopa prawidłowa, na 0·7 cm. dłuższa od prawej. Sprawa ta bardzo podobna do trądu nerwowego, brak jednak zmian w innych miejscach a nadto widoczne zmiany w nerwie kulszowym wykluczały ją stanowczo. Wrodzonem to również nie było, gdyż krewni zeznali, że noga w dzieciństwie była prawidłową. Autor jest zdania, że mężczyzna ten w młodości musiał cierpieć na gruźlicze zapalenie stawu kolanowego, które albo samo przebiło się na zewnątrz, albo przez operacyę i sprowadziło przerwanie nerwu kulszowego, którego górny koniec obecnie kończył się nerwiakiem, dolny zaś uległ zanikowi, na co złożyły się przerwanie łączności nerwu i nieużywanie kończyny. Przypadek ten zdaniem autora zasługuje na tem szczególniejszą uwagę, że z jednej strony zboczenia odżywcze są mało znane, z drugiej zaś, że tak wysokiego stopnia zanik, prócz przypadków *lepra mutilans* należy do prawdziwych rzadkości. (*Berliner klinische Wochenschrift Nr. 8. 1894.*) *Dr. J. Langer.*

Ginekologia.

Vulliet: **O rozszerzeniu ścieśnionej szyi macicy za pomocą operacyi plastycznej.**

Operacyę przez siebie podaną, uważa autor za wskazaną szczególnie w tych przypadkach, w których ścieśnienie odnosi się albo do bardzo głęboko położonych miejsc, lub też do całej długości szyi macicznej, a w których inne znane sposoby leczenia nie prowadzą do celu. Staraniem autora jest wytworzenie płatu, któryby zwiększył wymiar poprzeczny ścian szyi macicy. Postępowanie operacyjne jest następujące: 1) sprowadza szyję macicy na dół i ustawia ją tak, jak gdyby miał wykonywać *colporrhaphiam anteriorem*; 2) prowadzi cięcie półkoliste, oddzielające przednią ścianę pochwy w miejscu jej przyczepienia do szyi i oddziela na tępo pęcherz moczowy ku górze tak wysoko, aż nie odsłoni miejsca załamku macicy. Gdyby to cięcie półkoliste nie dawało dostatecznego przystępu, w takim razie radzi poprowadzić drugie cięcie prostopadłe do pierwszego i oddzielić wytworzony płat na tępo, przez co otrzymuje się ranę trójkątną. Następnie wprowadza cewnik do pęcherza a gdyby się ściana cewki lub pęcherza miała znajdować w bezpośredniej blizkości rany, odsuwa ją na bok i osłania wziernikiem; 3) asystent wprowadza zgłębnik rowkowany do macicy, zwrócony rowkiem ku twarzy operatora i ustala macicę ku przodowi; 4) operator wbija nożyk w miejscu rozpoczęcia cięcia pierwotnego przez całą grubość ściany szyi macicy aż do zgłębnika i przedłuża cięcie po zgłębniku w kierunku podłużnym ku górze, następnie wbija po raz drugi w miejscu, w którem rozpoczął ostatnie cięcie i prowadzi cięcie okrężne, poprzeczne, lekko śrubowate, w wysokości przejścia części pochwowej w część nadpochwową szyi macicy, ku stronie lewej i to w ten sposób, aby je zakończyć mniej więcej w ujściu zewnętrznem i to w środku wargi tylnej. W ten sposób wytwarza wiszący trójkątny płat, który w podstawie swej łączy się z szyją macicy i z tej strony może się odżywiać. Dalej rozsuwa, o ile można, cięcie idące ku górze a uchwyciwszy szczyt płatu trójkątnego, obraca go o 90° i wprowadza pomiędzy ściany cięcia podłużnego tak, aby szczyt płatu klinowatego dostał się w szczyt rozsuniętego cięcia i utwierdza go kilkoma głębokimi szwami. W końcu zaszywa ranę pochwową i kończy operacyę.

Dodatkowo zwraca autor uwagę na okoliczność, że zewnętrzna powierzchnia opisanego płatka jest pokryta błoną śluzową, którą należy usunąć, gdyż w przeciwnym razie nie udałoby się pokrycie go ścianą odpreparowanej pochwy.

Przeciwwskazana operacya ta jest podług V. w przypadkach uporczywego i mocnego nieżytu błony śluzowej macicy, w których jest utrudnione leczenie pooperacyjne. Aby leczenie to ułatwić, radzi tak przed operacyą jak i po niej przepłukiwać jamę macicy, podczas operacyi zlewać często pole operacyjne i bardzo dokładnie łączyć ze sobą brzegi rany, szczególniej przy wszywaniu płatka. Trzy rysunki w tekscie objaśniają doskonale operacyę, którą V. wykonał raz z pomyślnym skutkiem. (*Centralblatt für Gynäkologie Nr. 3. Styczeń 1894 r.*). *Dr. Zoll.*

Zapiski terapeutyczne.

— Z mnóstwa środków i sposobów leczenia błonicy (*diphtheria*) wymieniamy następujące najnowsze:

a) Seibert w Nowym Jorku używa strzykawki z pięcioma wydrążonemi igłami tak przytwierdzonemi do płytki metalowej, iż po przyciśnięciu jej do błon dyfterytycznych płyn z igieł dostaje się między części zdrowe a chore; w tym celu w razie złogów grubszych używa się płytki z dłuższemi, w razie cieńszych zaś z krótszemi igłami. Otóż za pomocą takiej strzykawki wstrzykuje Seibert dziennie raz, w cięższych przypadkach po dwa razy po pod błony wrzekome wodę chlorową (*aqua chlorata*) i na podstawie doświadczenia własnego w 104 przypadkach zaleca gorąco ten sposób leczenia błonicy. (Strzykawki, o których mowa, wyrabiają: Hecht, Pfeiffer i Spka w Berlinie, Ritterstrasse 48). (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Tom 37. Z. I.*).

b) Bäumler we Fryburgu potwierdzając rezultaty pracy Frazera, radzi w błonicy zasypywanie miejsc schorzałych co godzinę lub dwie, w przypadkach lżejszych tylko po 3 do 4 razy dziennie siarką przestaloną (*sulfur sublimatum*) za pomocą grubego, miękkiego pędzelka a między zasypywaniami płukanie gardła słabym roztworem nadmanganezanu potasowego (ob. przepis pod 25). w Nr. 9. *Przeglądu Lekarskiego* z r. b.). Zdaniem B. ten sposób leczenia błonicy jest o wiele lepszy od mnóstwa innych miejscowych przez niego używanych. (*Münch. med. Wochenschrift 6. Marca 1894*).

c) Na posiedzeniu towarzystwa terapeutycznego paryskiego odbytem w d. 28. Lutego b. r. podał Piedallu własny sposób leczenia błonicy gardła przez trzy lata używany; zapisuje on:

31) Rp. *Kalii jodati* 10·00
Mercurii bijodati 0·10
Syrupi simplicis 200·00

i z tego podaje dzieciom do dwóch lat co 2 godziny po łyżeczce od kawy, dzieciom zaś czteroletnim po łyżeczce deserowej również co 2 godziny.

Już po kilku godzinach zadawania leku wymienionego okazują się właściwe skutki jodu w postaci obfitego ślinienia się, z którego tłómaczy się słabe przyleganie błon wrzekomych, dających się teraz łatwo oddzielić, poczem miejsce schorzałe należy pomazać płynem van Swietena.

Leczenie to, w ciągu którego przez 6 do 8 dni wyżywali chorzy do 300 gramów wymienionego syropu, nie sprawiało nigdy ani boleści w brzuchu, ani wymiotów, ani zapalenia jamy ustnej.

Piedallu leczył tym sposobem znaczną liczbę chorych, u których rozpoznanie błonicy opierało się nawet na badaniu bakteryologicznem, nie stracił ani jednego chorego i dlatego zaleca swą metodę dla przekonania się, czy szczęśliwe rezultaty jego były skutkiem tylko przypadku, czy też działania leku.

d) H. Valson Pratt zaleca przeciw błonicy winnik wymiotny (*tartarus stibiatus*) w dawkach bardzo małych, w połączeniu z również bardzo małą ilością makowca (*opium*), zastósowaną do wieku dziecka i zadaje po 2 miligramy winnika wymiotnego w pierwszym dniu co godzinę, podwajając dawkę w dniu następnym. W ten sposób zadawany winnik wymiotny znoszą dzieci bardzo dobrze i nie dostają ani wymiotów ani zapadu, ogranicza się wytwarzanie błon wrzekomych i poprawiają przypady ogólne. (*La semaine médicale. 7. Marca 1894*).

— Do leczenia niektórych chorób skóry, szczególniej na twarzy, zaleca Phillips gorąco krystalinę t. j. roztwór bawełny strzelniczej czyli piroksyliny w alkoholu metylowym. Krystalina tworzy po posmarowaniu skórę plewkę podobnie jak kolodyum, jednak jaśniejszą i przeźroczystszą, za dodaniem 25% oleju rącznikowego i 50% balsamu kanadyjskiego powstaje na podobieństwo kolodyum elastycznego krystalina elastyczna; za dodaniem 12% oleju rącznikowego i 24% tlenku cynku (*zincum oxydatum*) biały pokost. W krystalinie rozpuszczają się nadto kwas pirogallusowy i salicylowy tudzież chryzarobina i sublimat. Krystalina nadaje się do leczenia liszaja wyłysiającego (*herpes tonsurans*) i rumiennego (*lupus erythematosus*), brodawek, trądzika (*acne*) i kilaków (*syphilomata*) a szczególniej do leczenia trądzika spływającego na twarzy, co według Phillipsa odbywa się w ten sposób, że części chore pomazuje się naprzód rozczynem lizolu, po kilku minutach obsusza białą bibułą i teraz dopiero pomazuje krystaliną, którą zostawia się przez 8 dni na skórze, poczem w razie potrzeby powtarza się to całe postępowanie. Zwykle dwukrotne użycie krystaliny wystarcza do wyleczenia.

— M. Sternberg na podstawie doświadczenia własnego w czterech przypadkach zmięknienia kości (*osteomalacia*) zaleca gorąco fosfor z tranem rybim według przepisu:

32) Rp. *Olei jecoris aselli* 50·00
Phosphori 0·05
DS. Zażywać dziennie po łyżeczce od kawy.

i uważa go za środek działający na chorobę wprost i stanowczo tam, gdzie wytrzebić z jakichkolwiek przyczyn nie można.

Jest rzeczą bardzo ważną, by leczenie fosforem rozpoczynać jak najwcześniej, prowadzić je wytrwale i oczywiście być zupełnie pewnym rozpoznania.

— Dyjodoform, $C_2 J_4$, jestto nowy środek przeciwgnilny, zawierający z przetworów jodowych po jodoformie największą ilość jodu i ztąd niewątpliwie skuteczny, nie rozpuszcza się całkiem w wodzie, bardzo mało w wyskoku i eterze, najlepiej zaś rozpuszcza się w chloroformie, dwusiarczku węgla, benzynie a nadewszystko na ciepło w toluenie, z którego wykwita w pięknych igiełkach ostrosłupowych żółtych, zupełnie różnych od sześciokątnych blaszek jodoformu.

Hallopeau i Brodier zdali na posiedzeniu paryskiego towarzystwa terapeutycznego w dniu 24. Stycznia 1894 r. sprawę ze swych doświadczeń nad leczeniem wrzodu miękkiego dyjodoformem, w których zwracają uwagę, iż ze wszystkich środków miejscowych przeciw tej chorobie używanych okazał się najlepszym jodoform, który jednak przez swą woń zdradza chorych i ztąd jest trudny do użycia, tembardziej, że wszystkie sposoby zniesienia tej woni okazały się złudnemi. Dlatego z radością powitać należy nowy środek, który, jeżeli tylko nie wystawi się go na światło, nie ma żadnej woni; wystawiony zaś na nie, wydaje woń słabszą bez porównania, niż jodoform. Dyjodoform zresztą nie sprawia bólu ani nie drażni.

Doświadczenia autorów obejmują 12 przypadków wrzodu miękkiego, które leczyli zasypywaniem miałkiego dyjodoformu. Wyleczenie następowało średnio w 18 do 20 dni z ostatecznościami od 6 do 36 dni; w jednym tylko przypadku miękkiego wrzodu żrącego (*ulcus phagedaenicum*) odmówił dyjodoform swej skuteczności, ale i jodoform nic nie zdziałał.

Rezultat swych doświadczeń streszczają autorowie tak:

1) Dyjodoformu można używać do leczenia wrzodów miękkich tak samo, jak i jodoformu. Skutek następuje średnio w 18 do 20 dni.

2) Chorzy znoszą go dobrze. Przeciw wrzodowi miękkiemu żrącemu nie okazał się skutecznym. Może działać tam, gdzie jodoform był bez skutku. Należy go używać po kilka razy dziennie, przyczem dobrze pokrywać wrzody watą hidrofilną nim napuszczoną. (*Bulletin général de Thérapeutique. 23. Lutego 1894*).

— Przeciwko zapaleniu migdałków u dzieci zaleca Comby:

33) Rp. *Resorcini* 1·00
Mellis rosati 20·00
Aquae destil. 200·00
Do płukania lub pomazywania gardła.
(*Formulaire des maladies des enfants*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Lutego 1894 roku.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 64.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

Wniosek kol. Obalińskiego co do wprowadzenia zmiany w przedstawianiu protokołów odesłano do komitetu Towarzystwa.

2) Kol. przewodniczący przedstawił obecnego na posiedzeniu gościa Dra Bielańskiego Gustawa.

3) Kol. Rościszewski miał zapowiedziany odczyt: *O wpływie kąpieli w solankach jodowo-bromowych na przebieg gruźlicy stawów i kości* który ukaże się w całości w *Przeglądzie lekarskim*. Dyskusyę nad odczytem tym odłożono do następnego posiedzenia, poczem

4) Kol. Cybulski wypowiedział rzecz p. t.: *Spirytyzm i nauka.* W dłuższem przemówieniu scharakteryzował mówca powstanie i rozwój tych będących obecnie na dobie pseudo-badań, których cechą główną jest z jednej strony tajemniczość, z drugiej miotanie się na naukę prawdziwą i jej przedstawicieli. Określiwszy poglądy każdej z istniejących trzech „szkół“ spirytyzmu, na które podzieliła się ta według słów spirytystów, najmłodsza latorośl „wiedzy“, przeszedł mówca do przedstawienia stósunku do niej tej starej, rzeczywistej nauki. Od czasu do czasu, kiedy zainteresowanie się spirytyzmem, zjawiające się zwykle okresowo, wzrastało w społeczeństwach; uczeni, czy to zaciekawieni nowemi zjawiskami, czy to pod wpływem żądań opinii publicznej, przystępowali do przeprowadzenia badań ścisłych. Cóż kiedy wyniki tych badań były zawsze jednako ujemne, gdyż albo udawało się stworzyć okoliczności umożliwiające choć jako tako ścisłe badanie a wtedy cały szereg zjawisk spirytystycznych robił fiasko, albo też przeciwnie udawały się one wybornie, lecz tylko wśród okoliczności, w których o ścisłości badań naukowych mowy być nie może. Żywą

illustracyę tego przedstawiają ostatnie posiedzenia medyumiczne z Eusapią Palladino w Warszawie, których roztrząsanie jeszcze roznamiętnia stronników i przeciwników tego rodzaju doświadczeń.

Dziwnem jednakże wydaćby się mogło, że pomimo braku wszelkich dowodów, któreby przemawiały na korzyść istnienia obszernie opisywanych zjawisk spirytystycznych, pomimo szeregu danych wprost przeciwnych, opierających się na zasadniczych prawach nauk przyrodniczych, społeczeństwa a nawet część inteligentniejszych ich jednostek tak łatwo dają się pociągnąć osobnikom bez żadnego częstokroć kredytu naukowego a niekiedy nawet z bardzo małym moralnym. To już jednak stanowi to szczególne zjawisko w psychologii, czy może psychopatologii ludzkości, zjawisko, które już dawno wyrażono w zdaniu: *mundus vult decipi.*

W dyskusyi brali udział koll. Rydel i Obaliński.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

Dr. Gustaw Piotrowski,

Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Stan fizyologii.

Z pomiędzy wszystkich gałęzi na pierwszem miejscu postawiłem fizyologię i obszerniej ją traktuję, ponieważ głównie jej się poświęcałem. Nie sprzeciwia się to zresztą nawet porządkowi chronologicznemu, gdyż uczniowie słuchają jej przeważnie zaraz w pierwszym roku studyów lekarskich.

Rozwój fizyologii.

Jak w innych naukach, tak też i w fizyologii ma Anglia spory zastęp uczonych, którzy w rozwoju tej nauki wielkie zasługi położyli i nieraz na nowe pchnęli ją tory. Tyczy się to przedewszystkiem chluby Anglii, wielkiego reformatora Harveya.

William Harvey urodził się w r. 1578. w Folkestone, umarł w r. 1653. Studya medyczne odbywał w Canterbury, nieopodal Cambridge. W roku 1598. udał się do Padwy, gdzie przez cztery lata był uczniem słynnego Fabriciusa ab Aquapendente. Po powrocie do ojczyzny uczył anatomii w *Royal College* w Londynie. W r. 1628. wydał w Frankfurcie nad Menem małą książeczkę o 72 stronnicach, zatytułowaną: *Exercitio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus. Guillelmi Harvei Angli, Medici Regii et Professoris Anatomiae in Collegio Medicorum Londinensi.* W książeczce tej mieści się odkrycie obiegu krwi i jasne wytłómaczenie na podstawie doświadczeń. Odkrycie to zrobiło przewrót w fizyologii a dzieło powyższe nazywa Haller *Opusculum aureum,* Flourens zaś *Le plus beau livre de la physiologie.* Rzeczywiście zdumiewać się trzeba nad genialnością badacza, który potrafił na podstawie tak prostych doświadczeń, bo tylko obserwacyi obnażonego serca i naczyń, tudzież nacinania tych ostatnich, dojść do wniosków, które dziś stanowią podstawę nauki krążenia. Udowodnił on, że krew cała dostaje się z tętnic do żył, mimo, że jak sam pisze, nie udało mu się nigdy znaleść połączenia między jakąkolwiek tętnicą a żyłą a więc mimo że nie znał naczyń włosowatych, które Malpighi wykrył dopiero w cztery lata po jego śmierci.

Anglia czci pamięć wielkiego męża w Harveian Oration, którą Akademia (*Royal Society*) powierza swym wybitnym uczonym, chcąc ich zaszczytnie odznaczyć. Odzywają się wprawdzie od czasu do czasu głosy oskarżające Harveya o czarny charakter i starające się udowodnić, że zasługa należy się jego poprzednikom, jak Servetowi, Colombowi i Cesalpinowi, nie zdołają jednak one umniejszyć zasługi Harveya. Prawda, że opierał się on w części na nich, wszak zawsze następcy wspierają się na barkach poprzedników, jednakże w wielu względach wykazał on błędność ich poglądów, śmiało odrzucał stare nauki i bezsprzecznie pierwszy jasno i prawdziwie przedstawił obieg krwi[1]).

Drugie dzieło jego nosi tytuł *Ex ercitationes de generatione animalium, 1651.* Jak się z tego dzieła pokazuje, używał on pierwszy powiększającego szkła do badań nad zarodkami kurzymi i zwierząt ssących, tudzież robił doświadczenia na nowo narodzonych zwierzętach. Wypowiedział on tę słynną zasadę *omne vivum ex ovo,* którą Virchow zmienił na *omnis cellula ex cellela.*

Dziełko Harveya *De motu cordis* przetłómaczono na różne języki, a w r. 1892. umieścił je Ch. Richet w swem godnem wzmianki wydawnictwie p. t. *Les Maîtres de la Science. Bibliotheque Rétrospective.* Zawiera ono tłómaczenia najznakomitszych prac dawnych mistrzów, jak: Lavoisiera, *La Chaleur animale et la Respiration.* Bichata *La Mort par l'asphyxie.* Hallera, *L'Irritabilité.* Lamarcka, *L'Origine des Animaux.* Fluntera, *Le Sang.* Laenneca, *L'Auscultation du Poumon et du Coeur.* Williama Milnego Edwardsa, *La Chaleur animale.* Spallanzaniego, *La Digestion.*

Obok Harveya stoi wielki anatom i fizyolog Willis (1622—1675). Pomijam znaczenie jego jako anatoma. Jako fizyolog położył on przedewszystkiem wielkie zasługi w fizyologii układu nerwowego, wybił się z dawnego przesądu, że w sercu jest siedzibą psychicznych objawów a przeniósł ją do mózgu, mówiąc, że jest on: *The chief seat of the rational soul in a man and of the sensitive in brute beasts; and indeed, as the chief mover in the animal machine, it is the origin and fountain of all motions and conceptions.* (podł. Horsleya). On też pierwszy twierdził, że musi istnieć pewna lokalizacya w mózgu: *For as the animal spirits for the various acts of imagination and memory ought to be moved with certain and distinct limits or bounded places, and those motions to be often iterated or repeated through the same tracts or paths, for that reason these manifold convolutions and infoldings of the brain are required for these divers manners of ordinations of the animal spirits-to wit, that in these cells or storehouses severally placed might be kept the species of sensitive things, and as occasion serves may be taken from thence.* Udowadnia, że kora mózgowa jest siedzibą myśli i że podnieta (*spiritus*), którą porównywa ze świa-

[1]) Między innemi pojawiła się rozprawa Dra Jeřeba p. t.: *Umsturz der Harvey'schen Lehre vom Blutkreislaufe 1892,* w której autor udowadnia, że krążenie odbywa się pod wpływem działania płuc a nie serca, które bynajmniej nie działa jako pompa i nie zmienia swej pojemności podczas skurczu i rozkurczu. Po podwiązaniu zaś głównych naczyń i aorty, zwierzęta nietylko że w niczem nie cierpią lecz owszem nawet odżywienie ich jest znacznie lepsze. Rozprawa ta, przypominająca znaną broszurę o *Prądowaniu i prądownikach.* Nasuwa refleksye, że w ogóle byłoby zbawiennem dać sobie wyciąć serce i naczynia, które są wprost szkodliwe dla ustroju. Dla ugruntowania i rozpowszechnienia swej nauki, radzi autor zwołać kongres. na którym każde państwo wysłało swych uczonych przedstawicieli.

tłem, przechodzi z niej przez substancyę mózgową i rdzeń do nerwów. Ruchy serca czyni zależnymi od systemu nerwowego, a nerwy odnośne pochodzą według niego od móżdżku. On też przewidział niejako odruchy, badając ruchy niższych zwierząt, nie posiadających rozwiniętego mózgu. Mówi on: *So long, there fore, they being destitute of the internal principle of motion, move themselves all members only as they are excited from the impulse of the external object, and so sensation preceding motion is in some manner the cause of it.* Daje to jasną definicyę odruchów, które jednakże pierwszy jako takie odróżnił, Descartes a niezbędny udział w nich rdzenia wykazał Hales, a następnie Whytt (*An essay on the vital and other involuntary motions of animals, 1751*).

Stephen Hales, 1677—1761, duchowny angielski, dał podwaliny do hemostatyki. (*Blood Pressure Statical Essays, 1732*). Mierzył on pierwszy (1727) ciśnienie krwi w tętnicy udowej klaczy, łącząc ją z rurą szklaną, długą na 9 stóp. Wykazał następnie, że krążenie w naczyniach włosowatych odbywa się jednostajnie, obliczył jego chyżość w mięśniach brzusznych żaby i udowodnił, że tętnice są nader silne i wytrzymałe na bardzo znaczne ciśnienie. Zjawiskami elektrycznemi objaśniał ruch ciałek krwi na błonie z przybłonkiem migawkowym omułka (*mytilus*). Badał także krążenie soków w roślinach.

John Hunter (1728—1793). Słynny patolog i chirurg, oddawał się z początku studyom nad anatomią i fizyologią. Badał naczynia limfatyczne, zjawiska pochłaniania, ciepło zwierzęce, trawienie w żołądku i krew, a w szczególności krzepienie, które uważał za sprawę przylegania, podobną do gojenia się ran *per primam intentionem*. Że krew nie krzepnie w organizmie żyjącym, przypisywał to jej ruchowi. Studyował też czerwone ciałka krwi, przypisywał im jednak bardzo podrzędną rolę.

Cenne badania nad krwią pozostawił Hewson. (*Experimental inquires into the properties of the blood, 1774—1777. Disquisitio experimentalis de sanguinis natura, 1785.*) Zbadał białe ciałka w krwi, utrzymywał, że krzepnienie wywołuje zetknięcie się krwi z powietrzem atmosferycznem, zbił twierdzenie, jakoby ono zależało od oziębiania się krwi, udowadniając, że ogrzewanie przyspiesza właśnie krzepienie krwi, niska zaś temperatura, opaźnia je. Przypuszczał, że włóknik nie mieści się w ciałkach czerwonych krwi, lecz zewnątrz nich. Otrzymywał osocze krwi za pomocą dodawania zgęszczonych roztworów siarkanu sodowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 15. Marca 1894 r.

— Dziś odbył się w *Collegium novum* wykład habilitacyjny Dra Adolfa Becka, współpracownika naszego pisma, na docenta fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Prelegent mówił wobec licznie zgromadzonej publiczności o fizyologii odruchów i zadowolnił najzupełniej kolegium profesorskie.

— Rozporządzeniem swem z dnia 23. Lutego b. r. polecił galicyjski Wydział krajowy w myśl uchwały sejmowej z dnia 8. Lutego niezwłocznie utworzyć i urządzić w szpitalu św. Łazarza w Krakowie oddział chorób krtani o 10 łóżkach i powierzył prowadzenie jego prof. Drowi Przemysławowi Pieniążkowi.

Z zadowolnieniem zapisujemy tę okoliczność korzystną dla nauki i dla rozwoju szpitala.

— Prof. Rosenthal w Erlandze powierzył dział referatów z prac polskich w wydawanym przez siebie *Biologisches Centralblatt* Drowi J. Fajersztajnowi we Lwowie (przy ulicy Brayerowskiej Nr. 5); uprasza się przeto Szanownych autorów, by prace swe z zakresu biologii zechcieli w odbitkach nadsyłać pod wskazanym adresem Drowi Fajersztajnowi, który w razie zastrzeżenia będzie je zwracać.

— Na ostatniem posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa laryngologicznego podał Dr. Meyer do wiadomości następujące spostrzeżenie: W dniu 6. Lutego b. r. zebrało się w pewnej restauracyi berlińskiej towarzystwo z 28 osób, z których wieczorem 9. Lutego zachorowało 3 na błonicę a 5 na *angina lacunaris*. Z trzech osób zasłabłych na błonicę umarła jedna 4-go, druga 10-go dnia choroby a trzecia wyzdrowiała. M. widział z osób zasłabłych na ową *angina lacunaris* pannę 18-letnią, której już po oddaleniu się wiadomych czopków, dowiedziawszy się o przebiegu całego zdarzenia, wyjął nieco wydzieliny z zagłębienia migdałka i otrzymał przez wyhodowanie właściwe laseczniki błonicze. W trzy dni po owej osobie 18-letniej zachorował jej brat 13-letni również na *angina lacunaris*, u którego badanie bakteryologiczne wykazało także prądki błonicze.

Jak M. słusznie zauważył, spostrzeżenie to jest ważne, bo wykazuje, że tenże sam czynnik infekcyjny wywołać może u jednych błonicę, u drugich *angina lacunaris* i 2) że okres wylęgania przynajmniej w tych przypadkach wynosił na pewne 72 godzin. Jak się później pokazało, dziecko właściciela owej restauracyi było chore wówczas na błonicę i na nią wreszcie zmarło. (*Berl. klin. Wchschft. 11. 1894*).

— Czytamy w dziennikach lekarskich francuzkich, że następcą zmarłego niedawno Billrotha w Wiedniu ma zostać profesor Mikulicz z Wrocławia.

— Dr. Adolf Meyer, asystent kliniki prof. Schönborna w Wircburgu, zmarł na błonicę, której nabawił się wyssawszy własnemi ustami treść zatkanej po tracheotomii w błonicy kaniuli.

— Dr. Goldenbach, lekarz naczelny szpitala Cesarza Aleksandra III. w Moskwie, podaje do wiadomości daty z zakładu pasteurowskiego, znajdującego się przy tym szpitalu, za rok 1892.

Leczono osób 907, mianowicie 613 mężczyzn i 294 kobiet. W tej liczbie było pokąsanych 178 osób przez zwierzęta, u których doświadczeniem wykazano wściekliznę, 439 przez zwierzęta uznane za wściekłe albo przez sekcyą albo przez obserwacyą weterynarską, 290 przez zwierzęta w okolicznościach nakazujących uznać je z największem podobieństwem do prawdy za wściekłe.

Zwierzętami kąsającemi były w 769 przypadkach psy, w 45 wilki, w 70 koty, w 11 konie, w 8 krowy, w 2 świnie a w 2 ludzie.

Z leczonych na wściekliznę umarło 6 czyli 0·66%.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej jest 1260 towarzystw lekarskich, z których w samym Nowym Jorku 175.

— Z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego w Boulogne-sur-Mer odbędzie się w tem mieście od 25. do 29. Lipca b. r. międzynarodowy kongres w sprawie kąpieli morskich i hidroterapii morskiej.

— Towarzystwo farmaceutyczne warszawskie ogłasza przedpłatę na wydanie pracy na konkursie nagrodzonej aptekarza J. Biegańskiego pod tytułem: *Rośliny lekarskie i ich uprawa*. Dzieło to zawierać będzie przeszło 30 arkuszy druku i ozdobione wieloma drzeworytami. Cena za egzemplarz 5 rubli, które przyjmować będzie kasyer Towarzystwa farmaceutycznego P. Ignacy Habielski w Warszawie, Stare Miasto Nr. 17 oraz redakcya *Wiadomości farmaceutycznych*, Krakowskie Przedmieście Nr. 45.

Wobec tego, że na rośliny lekarskie, które snadnie możnaby u nas uprawiać, wychodzi z kraju sporo pieniędzy, byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by lekarze zwrócili uwagę aptekarzy i producentów na dzieło wymienione.

— Indye Wschodnie powiększyły swą ludność od roku 1881 do Lutego 1891 o 28.000.000 głów, co czyni 11% na 10 lat. Ludność tego kraju wynosiła w tym czasie 287.223.431 osób.

Na 1000 mężczyzn przypada tylko 958 kobiet tak, iż przewaga płci męskiej nad żeńską wynosi dla całego kraju 6.000.000 głów.

Zawód lekarski w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu zajmuje 514.074 osób!

Średnie trwanie życia wynosi w Indyach Wschodnich dla płci męskiej 25, dla żeńskiej 26 lat, w Anglii zaś dla płci męskiej 41·35 a dla żeńskiej 44·62.

— **Nekrologia**. Zmarli: we Lwowie w dniu 12. Marca Dr. Władysław Nałęcz Skałkowski, przeżywszy lat 74. — W Śremie w W. Ks. Poznańskiem Dr. Powidzki, fizyk powiatowy, jeden z niewielu Polaków zajmujących posadę rządową. — W Warszawie w dniu 10. Marca b. r. Dr. Zdzisław Jelita Wojciechowski, przeżywszy lat 45. — W Kijowie Dr. A. J. Wygowski. — W Sztrasburgu profesor farmakologii Strohl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 21. Marca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. prof. Obaliński mówić będzie: *O najnowszych wskazaniach do salpingotomii;* 2) kol. Dr. Nowak poda: *Tymczasowe doniesienie o badaniach dyfteryi.*

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. A. M. w Afryce południowej na Przylądku Dobrej Nadziei. Otrzymaliśmy, dziękujemy, umieścimy wkrótce, wysłaliśmy list i prosimy znów o pamięć.

Wny Dr. K. W. w K. Dziękujemy za życzliwe słowa.

Z powodu zaszłej pomyłki w art. Dra Cerchy w półarkuszu środkowym (Nr. 10. str. 129 i 130), dołączamy do niniejszego numeru nowy półarkusz, który Szan. Prenumeratorowie zechcą włożyć do Nru 10. w miejsce dawnego.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 496.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Gwoździcu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego winni się wykazać oprócz dostatecznych fizycznych zdolności także wymogami określonemi w §. 7. ust. z dnia 2. Lutego 1891 r. (Nr. 17. Dz. ust. i rozp. kraj.).

Podania wnieść należy do Wydziału powiatowego najdalej do 25. Marca b. r.

80—3—2 ***Wydział powiatowy w Kołomyi.***

KONKURS

Wydział powiatowy w Żółkwi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Kulikowie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże służbowe 150 złr. (sto pięćdziesiąt złr. w. a.). Okręg sanitarny obejmuje miejscowości: Kulików, Nadycze, Hrebence, Uhnów, Sulimów, Nowesioło, Koszelow, Doroszow mały, Doroszow wielki, Mierzwica, Wiesenberg, Przemiwołki, Smerekow, Mohylany, Przedrzymichy małe, Przedrzymichy wielkie, Nahorce, Artasow, Blyszezywody i Zwertow z ludnością 13·396 dusz.

Starający się o tę posadę mają się wykazać:

1) Prawem obywatelstwa austryackiego,
2) Dyplomem doktora medycyny, uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej,
3) Świadectwem moralności,
4) Świadectwem zdrowia wydanem lub potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego,
5) Znajomością języków krajowych,
6) Praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Posada nadaną zostanie prowizorycznie na jeden rok po upływie którego może dopiero nastąpić stabilizacya.

Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31. Grudnia 1891. dz. ust. kr. Nr. 83.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego najdalej do końca Kwietnia 1894 r.

83—1—1 ***Wydział powiatowy w Żółkwi.***

L. 784.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Sanoku z płacą roczną 500 złr. rozpisuje Magistrat konkurs do czterech tygodni.

Wymaganym jest dowód uzyskanego dyplomu wszechwiedzy lekarskiej i dwuletniej praktyki.

Po roku służby prowizorycznej nastąpi stabilizacya.

84—3—1 ***Magistrat król. wol. miasta w Sanoku.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 24. Marca 1894 r. Nr. 12.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

TREŚĆ:

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.

Przypadek porodu powikłanego włókniakami i tężcem macicy.

Podał
Dr. M. Cercha,
były I-szy asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Skutek podania tych leków był niewielki; macica podczas całej operacyi pozostała w stanie skurczu. W narkozie więc, w obecności prof. Madurowicza, za jego zezwoleniem i korzystając z jego rad, przystąpiłem naprzód do odprowadzenia guza. Wszedłszy ręką prawą do pochwy a drugą umieściwszy na dnie macicy, lekko starałem się guz z tylnego sklepienia wysunąć, zaczynając od zatoki krzyżowo-biodrowej prawej. Ten zabieg poszedł dosyć łatwo; wnet też guz znalazł się ponad wzgórkiem kości krzyżowej a dno macicy wystąpiło więcej ku przodowi, część pochwowa zaś a raczej ujście zewnętrzne, przed zabiegiem więcej do spojenia łonowego zbliżone, teraz znajdowało się w osi miednicy. Zmieniły się też teraz stósunki i przy badaniu przez powłoki brzuszne, albowiem guzek, znajdujący się po stronie prawej poniżej pępka, skrył się więcej ku okolicy lędźwiowej prawej; snać macica musiała być również koło długiej swej osi nieco skręcona. Teraz nie bez trudności udało mi się na nóżkę lewą, będącą w ujściu zewnętrznem mało rozwartem, założyć pętlę obrotową, po czem ułożywszy rodzącą na łóżku poprzecznem, gdy już na dłuższe wyczekiwanie stan matki nie pozwalał a i na siły natury wobec tężca macicy liczyć nie mogłem, przystąpiłem do dalszego rozwiązania rodzącej.

Po kilku pociągnieniach, przy czem nie dostrzegłem, aby brzegi ujścia zewnętrznego były bardzo napięte, zdołałem płód, na którego skórze widoczne były znaki rozpoczynającego się gnicia, urodzić po łopatki, po czem nastąpiło uwolnienie rączek, które było trudniejsze, niż zazwyczaj a to z przyczyny, że rączki były ku górze wyprostowane, co zwłaszcza wobec ścieśnienia miednicy kostnej czyni uwolnienie rączek trudnem. Gdy następnie wytoczenie główki tak sposobem Smeliego jak również Kiwischa okazało się bezskutecznem a z obawy, aby nie sprowadzić pęknięcia napiętych brzegów ujścia zewnętrznego, większej siły użyć nie chciałem, wbiłem nożyce Negelego w czaszkę na ostatek idącą po nad pierwszy krąg szyjny, wypłukałem mózg i następnie wytoczyłem główkę, zakładając kranioklast Brauna. Że zabieg ten był na miejscu a obawy moje co do pęknięcia szyi uzasadnione, to trudne wydobycie główki pomniejszonej kranioklastem i płytkie pęknięcie szyi po stronie lewej, o czem mogłem się przekonać przy ręcznem wydobyciu łożyska, zdaje się, że najlepiej za tem przemawia. Po ukończeniu operacyi macica dobrze się skurczyła, ale zawsze dno jej sięgało wyżej, niż po porodach zwykłych, co przypisać należy obecności włókniaków. Krwotoku nie było żadnego. Macicę i pochwę wystrzykano dokładnie $3^0/_0$ kw. karbolowym. Lekkie pęknięcie pochwy po stronie prawej zeszyto szwem katgutowym. Położnicy podano lawatywę z dwóch gramów wyciągu sporyszu, do pochwy założono seton z gazy jodoformowej, na brzuch dano okład wysychający. Płód płci męzkiej tak co do długości (50 cm.), jak i co do wagi ciała 3120) odpowiadał płodowi donoszonemu.

Przebieg połogu był następujący:

Pierwszy dzień połogu 25. Marca. Zaraz po operacyi położnica śpi przez kilka godzin dosyć spokojnie.

Ciepłota ciała 37·⁰, tętno drobne 120. Nudności i wymioty. Wieczorem skarży się na osłabienie. Ciepłota 37·0, tętno 124. Podano wino i *aq. laurocerasor.*

26. Marca drugi dzień połogu. Rano ciepłota 37·0, tętno 104 pełniejsze. Chora w nocy spała snem przerywanym, skarży się na czkawkę, wymiotów nie było. Przy oglądaniu brzucha widać wzdęcie a macica i okolica lędźwiowa lewa przy obmacywaniu są bolesne. Wieczorem ciepłota 37·5, tętno 134, bardzo nikłe. Polecono wino stare,

ciepłe napoje w miernej ilości i założono do kiszki stolcowej czopek opiowy (*Extr. opii aquos 0·03*).

27. Marca trzeci dzień połogu. W nocy chora nie spała z powodu czkawki i wymiotów; wzdęcie brzucha i bolesność utrzymują się w równym stopniu. Ponieważ chora sama twierdzi, że przed porodem nie był należycie przewód pokarmowy oczyszczony, przeto podano jej olejek rącznikowy, który jednak zwymiotowała, dlatego podano w $1^1/_2$ godziny lawatywę a gdy ta skutku nie odniosła, postanowiono zastósować wlewania wody do jelit. Kiedy wprowadziłem palec do odbytnicy, aby po nim wsunąć rurę kauczukową, przekonałem się, że guz znowu obsunął się do miednicy małej i ucisnął kiszkę grubą. Dotykanie guza a tembardziej próba, aby guz wysunąć, okazały się tak bolesne, że znowu podano położnicy nieco chloroformu, po czem rurę obok guza udało się przesunąć wysoko. Po zastósowaniu wlewań odeszło nieco zbitych mas kałowych i dużo wiatrów, w następstwie czego wzdęcie brzucha nieco się zmniejszyło.

Ciepłota rano 37·8, tętno 128, wieczorem ciepłota 37·0, tętno 116. Wieczorem posmarowano brzuch kolodyonem.

28. Marca, czwarty dzień połogu. Rano ciepłota 38·0, tętno 120. W nocy i nad ranem wymioty i czkawka. Podano 2 proszki kalomelu co 2 godziny po 0·5 bez skutku. Chora skarży się na bóle mocne dołem i w krzyżach. Podano okłady lodowe. Bóle po tem nieco zmniejszyły się. Po południu powtórzyły się wymioty, w wymiotach domieszka żółci; podano rozczyn kokainy. Wieczorem ciepłota 36·9, tętno 128. Język wilgotny, badanie moczu wykazuje dosyć dużą ilość białka. Ponieważ chora skarży się na wzdęcie i przelewania w jelitach a kalomel nie zrobił skutku, powtórzono wlewania wody do jelit, poczem odeszło nieco stolca i wiatrów.

29. Marca, piąty dzień połogu. Ciepłota 37·0, tętno 124. W nocy chora spała dosyć dobrze, wymiotów nie było. Rano po każdem przyjęciu płynów czkawka i wymioty. Wiatry nie odchodzą, wzdęcie brzucha jednak nieco mniejsze, co widać po pomarszczeniu się kolodyonu. Przy obmacywaniu brzuch w okolicy lędźwiowej tam, gdzie jest guz, najwięcej jest bolesny. Odchody, tak dziś, jak i dni poprzednich nieobfite, ale nie cuchnące. Około godziny 4-tej po południu stolec dosyć obfity i odeszło dużo wiatrów. Ciepłota wieczorem 36·9, tętno 128.

30. Marca, szósty dzień połogu. Ciepłota 38·0, tętno przepuszczające 164. W nocy chora była niespokojna, skarżyła się na bóle w dolnej części brzucha; przez noc podano 2 razy czopek (*0·03 extr. opii*) t. j. jeden wieczór, drugi nad ranem. Wzdęcie znacznie większe, wargi spieczone, język zasycha, rysy zaostrzone, wymiotów nie ma. Około południa chora skarży się na mdłości, jest nieprzytomna, zrywa się, tętno bardzo szybkie nie daje się zliczyć, podano szampan *cum ol. cinnamomi*, kamforę, eter. O godzinie 2-giej po południu wśród objawów zapadu śmierć.

Rozpoznanie kliniczne na karcie sekcyjnej brzmiało:

Partus, primipara—fibromata multiplicia subserosa uteri, incarceratio fibromatis in cavo Douglasi, inde pelvis absolute angusta, tetanus uteri. Repositio fibromatis in narcosi. Extractio foetus mortui. Craniotomia. Extractio manualis placentae. Peritonitis.

Sekcya wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym prof. Browicza wykazała co następuje:

Peritonitis fibrinosa universalis. Haemorrhagia in cavum peritonei nec non subperitonealis e ruptis adhaesionibus in cavo Douglasi inter tumorem et parietem posteriorem uteri; degeneratio fibrosa ovarii dextri, perioophoritis adhaesiva dextra. Endometritis puerperalis purulenta, metrophlebitis. Fibromyomata multiplicia subserosa uteri.

Jeżeli porównamy rozpoznanie kliniczne za życia z rozpoznaniem na stole sekcyjnym, to one nie wiele rożnią się od siebie. Nie rozpoznaliśmy wprawdzie krwotoku do jamy brzusznej z przedartych zrostów pomiędzy guzem a macicą, krwotoku, który stał się bezpośrednią przyczyną zejścia niepomyślnego, bośmy nie mieli do tego żadnych podstaw. Wszak rozpoznając zapalenie otrzewny ogólne, mieliśmy łatwy sposób wytłómaczenia szybkiego i nikłego tętna; tem bardziej w obec częstych wymiotów mogliśmy zapad, który nie wystąpił nagle, tłómaczyć równie dobrze zapaleniem otrzewny, której zwykł towarzyszyć. Prawda, że gdybyśmy mogli rozpoznać zrosty, to myśl, że mogły uledz przerwaniu, musiałaby nam nasunąć się mimowoli, ale w obec łatwości, z jaką guz dał się odprowadzić, nie mogliśmy się tego spodziewać; dalej okoliczność, że ciąża nie została przerwana, lecz, że mieliśmy do czynienia z porodem na czasie, nie przemawia za, lecz przeciw obecności zrostów. Nie rozpoznaliśmy dalej zmian chronicznych w jajniku i około jajnika prawego; tego przecież za błąd poczytać nie można zwłaszcza, gdy ani wywiady, ani przebieg ciąży niczem nie zamącony nie dawały nam w tym względzie żadnych wskazówek. Rozpoznanie zmian włóknistych w okolicy macicy podczas ciąży należy do największych trudności, możemy się tylko z pewnych objawów ich obecności domyślać n. p. z bolesności na ograniczonem miejscu przy obmacywaniu, z bolów stale w jednem miejscu podczas ciąży występujących a powiększających się przy zmianie pozycyi ciężarnej osoby, ze zmiany w położeniu macicy; na pewne zaś rozpoznać możemy wtedy i to w pierwszych miesiącach ciąży, gdy wybadamy najczęściej w zatoce Douglasa napinające się nitki. O zmianach w błonie śluzowej macicy i o ropie w żyłach nie napisaliśmy wyraźnie w rozpoznaniu, bo rozumie się samo przez się, że zapalenie otrzewny powstało w następstwie zakażenia jadem gnilnym, który z błony śluzowej macicy drogą naczyń tamże wtargnął, a przecież przed ukończeniem porodu mówiliśmy o rozkładzie gnilnym i na błonie śluzowej macicy i na płodzie, za czem odchody cuchnące dostatecznie zdawały się przemawiać. Tym sposobem uporalibyśmy się z rozpoznaniem. Do czego mieliśmy podstawę, tośmy rozpoznali; o domysłach zaś, jakie w każdym przypadku mogą się nasunąć, woleliśmy zamilczeć. A teraz zapytać się godzi, dlaczego nasz przypadek zaliczyć musimy do niezwykłych.

Naprzód widzimy, że u tej kobiety istniały włókniaki od dawna, nie wywołując prawie żadnych objawów. Że nie było krwotoków, to nic dziwnego, bo to przecież cecha włókniaków miąższowych a szczególnie podśluzowych, ale osoba ta na zapytania co do objawów uciskowych stanowczo twierdziła, że nigdy żadnych zboczeń nie miała. A ciąża jakże przebiegała? Wszak włókniaki są przyczyną częstych poronień z przyczyny, że macica swobodnie nie może się rozwijać; w naszym zaś przypadku ciąża dobiegła bez powikłań do kresu, mimo zrostów tak rozległych między guzem a macicą i sąsiednimi organami, mimo zmiany włóknistej w jajniku i około jajnika prawego. Snać te zrosty podczas ciąży ulegały rozpulchnieniu i nie przeszkadzały macicy w rozwoju, albo też powstały one dopiero podczas ciąży; obecność bowiem nowotworów w jamie brzusznej usposabia zawsze do powstawania zadrażnienia otrzewny, a cóż dopiero podczas ciąży w obec tak znacznego przekrwienia części rodnych! Co się tyczy porodu, to przebieg jest o tyle ciekawy, że mimo takiego niestósunku porodowego, mimo wczesnego odpływu wód płodowych, przecież nie mieliśmy nawet

w chwili rozwiązania znacznego rozszerzenia i zcieńczenia szyi macicy, jak to bywa w podobnych przypadkach, po czem łatwo nastaje pęknięcie macicy. Zdaje się, że ów tężec macicy, podczas którego macica we wszystkich swych częściach jednostajnie jest skurczona, przez co znika współzawodnictwo między górnym kurczącym się a dolnym odcinkiem macicy, który ulega znacznemu rozdęciu, zapobiegł temu, a dalej i to, że do porodu nie stawiała się część twarda, jaką jest główka, lecz że pośladki a względnie nóżki przodujące nie mogły tak znacznie rozszerzyć szyi. I to jest bardzo dziwne, że mimo opieki lekarskiej poród przedstawił nam się tak zaniedbanym. W połogu ani zapalenie posokowate wnętrza macicy, ani ropa w naczyniach, ani wreszcie zapalenie otrzewny, w obec tak zaniedbanego porodu, nie były dla nas niespodzianką; było nią natomiast owe krwawienie do jamy brzusznej powoli powstające z rozdartych zrostów, które znaleziono przy sekcyi a które miało położyć kres życiu matki. Z przypadku tego, który zdaniem mojem wypada z czystem sumieniem nazwać zaniedbanym, nabraliśmy tego przekonania, że należy o zrostach takich pamiętać, że w razie, gdyby je można rozpoznać a płód żyje, lepiej byłoby może przystąpić do rozwiązania drogą sztuczną i połączyć z niem radykalne usunięcie włókniaków, a jeżeli już zmuszeni okolicznością rozwiązać musimy rodzącą w sposób wyżej podany, to należy pilnie śledzić, czy nie ma objawów wewnętrznego krwotoku; skoro go zaś rozpoznamy, przystąpić do otwarcia jamy brzusznej i odpowiedniego leczenia, którem matkę moglibyśmy od śmierci uratować.

II. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał

Prof. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

2) Czy resekcyi, czy gastroenterostomii, czy sposobowi Heineke-Mikulicza należy dać pierwszeństwo przy operacyi wrzodu żołądka?

To pytanie nie da się zasadniczo rozstrzygnąć, zależy to bowiem od właściwości przypadku. Jestem za wycięciem, jeżeli na to pozwalają dogodne stosunki, t. j. jeżeli nie ma rozległych zrostów a siły pacyenta są dobre. W tych okolicznościach nie uważam wcale, aby wycięcie przez wprawnego operatora miało być o wiele niebezpieczniejsze od gastroenterostomii, co zresztą potwierdza dotychczasowe doświadczenie. Wycięcie ma jednakowoż tę wielką korzyść, że usuwa otwarty wrzód, samo źródło cierpienia. W obec tego damy pierwszeństwo wycięciu w tych przypadkach, w których zwężający światło wrzód dawał powód do częstych krwotoków. Właśnie wycinając wrzód żołądkowy u jednego z pacyentów, widzieliśmy na dnie wrzodu naczynie o przekroju dość znacznym, zatkane skrzepem. Pozostawić mu to ognisko cierpienia, znaczyłoby narazić chorego na niebezpieczeństwo ponownych krwotoków. W innym znowu przypadku wrzód żołądka był zlepiony z pętlą jelita cienkiego; po oddzieleniu od jelita pokazał się otwór w ścianie żołądka. I tu nie było innego wyboru, jak tylko wycięcie. Przeto są przypadki, w których nie pozostaje nic innego do wyboru, jak tylko resekcya. Nie mogło się więc sprawdzić zdanie referenta (*w Centralblatt für Chir.*) o mojej pierwszej resekcyi żołądka, że będzie zarazem i ostatnią, bo już na najbliższym kongresie chirurgów niemieckich bronił w gorących słowach Billroth wskazania do tej operacyi, powołując się przy tej sposobności na zdanie jednego z największych znawców chorób żołądkowych Leubego (kon. chirurgów niem. z r. 1882). Co do sposobu Loreta nie mam żadnego doświadczenia.

3) Nad samą techniką operacyjną nie będę się długo rozwodził. Dokładny przepis podałem równocześnie z opisaniem swego pierwszego przypadku w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* Tom 24; wkrótce potem pomieściłem go, nieco zmieniony, w wykładach klinicznych Volkmanna. I jako taki zyskiwał coraz szersze uznanie. Z początku były pewne sporne punkta. Billroth n. p. radził prowadzić cięcie skóre skośnie przez największą wypukłość guza. Później, o ile mi wiadomo, sam przeszedł do cięcia w linii białej, zachęcony przykładem Czernego. Tego samego cięcia użył Pean w swojej pierwszej resekcyi żołądka. Również co do cięcia na żołądku niema istotnej różnicy między cięciem mojem a Billrotha; nie zmienia to wcale rzeczy, czy poprowadzę cięcie skośnie, jak Billroth radzi, czy pod kątem, jak ja polecałem. W pierwszym i drugim razie przyszywa się dwunastnicę do zagięcia większego (*curvatura major*). Tu muszę sprostować błędne mniemanie, które przeszło do rozmaitych podręczników (Koenig, Esmard, Jalaguier w dziele Duplaya i Reclusa i t. d.), jakobym, według tego zdania, polecał przyszycie dwunastnicy do zagięcia mniejszego. Rzeczywiście tak postąpiłem w pierwszym przypadku, jak i Billroth zrobił w swoim. Ale już dnia 5. Marca 1881. zmieniłem postępowanie i przyszyłem do zagięcia większego, i to ogłosiłem 8. Kwietnia 1881. w *Langenbecks Archiv* Tom 26. Tymczasem Billroth wykonał w ten sposób 12. Marca 1881. a ogłosił z początkiem Maja tegoż roku. Założenie uciskadeł na żołądku bardzo ułatwia operacyę; wprawny asystent może z równą dokładnością je zastąpić. Na dwunastnicy zaś tak mało jest czasem miejsca, że nie tylko palce asystenta, ale nie pomieszczą się nawet uciskadła. W takich razach radzę użyć sposobu przezemnie wprowadzonego i nieraz stosowanego, o którym Koenig wyraża się z uznaniem: przeprowadza się dwie pętle nitek, jedną przez górną ścianę dwunastnicy, drugą przez przyczepienie sieci i przez naciąganie pętli w przeciwnych kierunkach i ku górze, napnie się i zamknie dwunastnicę zupełnie dobrze. Ciśnienie w dwunastnicy jest tak małem, że ten sposób do zamknięcia zupełnie wystarczy. W dalszem postępowaniu polecenia godną jest rada Billrotha, której teraz się trzymam. Billroth nie oddziela guza od dwunastnicy wcześniej, zanim nie zmniejszy stósownie światła żołądka, lecz odkłada guz wraz z dwunastnicą na zewnątrz, czem zapobiega najlepiej, aby nie wypływała treść z dwunastnicy do jamy brzusznej podczas zakładania na żołądku szwu zwężającego. Największe zasługi położył Czerny podaniem swego szwu, który tu zwłaszcza tak znakomite oddaje usługi, również i Wölflerowi należy się uznanie, że wskazał, jak się zakłada szew na tylnej ścianie od wnętrza. Pean już przedtem użył tego sposobu w swoim pierwszym przypadku, ale dopiero Wölfler opisał go dokładniej. Szew na błonie śluzowej, przez

siebie wprowadzony, zakładam zupełnie wolno i szeroko, na to tylko, aby zapobiedz rozchodzeniu się błony śluzowej przy przechodzeniu pokarmów w pierwszych czasach. Szew kuśnierski naprzód przez Nussbauma wprowadzony, potem gorąco przezemnie zalecony, zdaje się, że coraz więcej znajduje uznania, jak o tem świadczy ostatnia praca Kochera, w której tenże oddaje mu należne pochwały. Ma on ważną zaletę, że oszczędza się czas i trzyma, jeżeli nie lepiej, to przynajmniej równie dobrze, jak węzełkowy. Do szwu używam katgutu, jako mojem zdaniem, najlepszego materyału. Za nim w ostatnim czasie przemawia bardzo wymownie Lauenstein, któremu się wydarzył bardzo przykry przypadek, że jedwab stał się przyczyną niedomykalności szwu skutkiem obluźnienia się nitki i tarcia. Katgut trzyma bardzo dobrze przez pierwsze 2, 3 do 4 dni, jak o tem przekonałem się przy sekcyach na człowieku. Dłużej nie jest w stanie jedwab zbliżać mechanicznie linii szwu, jeżeli dotąd się nie zlepiły brzegi rany, bo otworki szwu powiększą się pod wpływem ucisku nitki tak, że o trzymaniu po 4 dniu ani mowy być nie może. Dla wzmocnienia linii szwu pokryłem ją w pierwszym swoim przypadku siecią; Senn transplantuje kawałki sieci na szew jelitowy. Jeżeli da się sieć tak nałożyć, aby potem nie było naciągania i tarcia, pokrywam i teraz, ale nie przywiązuję do tego wielkich nadziei. Szew dobrze założony, powinien sam przez się dobrze trzymać bez pokrycia go siecią, a wątpię bardzo, aby kawałek sieci mógł poprawić niedokładność szwu. Chaput wykazał na psach doświadczalnie, że kawałek sieci nie chroni przed zapaleniem otrzewny, jeżeli szew puści i mówi, że kawałek sieci jest wobec niebezpieczeństwa pajęczyną.

W ogólności technika resekcyi żołądka podana przezemnie równocześnie z opisem pierwszego mego przypadku, zjednywała sobie co raz to większe uznanie tak, że Jalaguier słusznie mógł powiedzieć w znakomitem dziele Duplaya i Reclusa: „*L' operation de la pylorectomie comprend d' après Rydygier, qui, le premier, en a bien réglé la technique, cinque temps principaux, ausquels les chirurgiens qui ont suivi, n'ont apporté que de modifications assez peu importants.*

Nie mniej przeto wysoko cenię zasługi Billrotha, Wölflera, Czernego, Gussenbauera, Lauensteina, Kochera i wielu innych, którzy tak wiele przyczynili się do ustalenia i rozpowszechnienia tej operacyi.

W ostatnim czasie podał Kocher (l. c.) zupełnie nową metodę operowania żołądka, w której łączy resekcyę odźwiernika z gastroduodenostomią. Po wycięciu guza zaszywa żołądek a dwunastnicę przytwierdza do otworu na tylnej ścianie żołądka utworzonego. Nie mam w tej mierze żadnego doświadczenia, dlatego nie mogę sobie pozwolić na wydanie sądu.

4) Gastroenterostomię pierwszy wykonał i opisał, jak wiadomo Wölfler i przezto położył znaczne zasługi. Dotąd trzymałem się tej metody we wszystkich swoich przypadkach. W najbliższym czasie jednakowoż zamyślam zastosować metodę Hackera (*gastrostomia retrocolica posterior*), ponieważ przy metodzie Wölflera puściły mi szwy w jednym przypadku po 8 dniach a w drugim dnia 10. przerwane naporem kału nagromadzonego w okrężnicy poprzecznej, zaciśniętej przez dwunastnicę na niej leżącą. Bezsprzecznie metoda Wölflera jest najłatwiejszą do wykonania i najwięcej zabezpiecza od zanieczyszczenia jamy brzusznej, ale znamy wiele przypadków, w których pętla jelitowa zacisnęła okrężnicę poprzeczną. Zwracam uwagę, żem pętlę jelitową przyszył w odpowiedniej odległości w *plica duodeno jejunalis.*

Od zaciśnięcia okrężnicy poprzecznej nie chroni metoda Kochera, polegająca na poprzecznem przecięciu kiszki i wytworzeniu zastawki, ale zapobiega bardzo dobrze, aby żółć nie wpływała do żołądka.

O innych modyfikacyach gastro-enterostomii, podanych bądź to przez Wölflera bądź też przez innych, nie wspominam, bo wszystkie, chociaż w szczególnych przypadkach mają pewne zalety, to w zasadzie bardzo komplikuję postępowanie.

5) Czy należy zaraz resekcyę pętli wykonać, czy naprzód założyć *anus praeternaturalis* w uwięźniętej przepuklinie i zgorzelinowo zmienionej, to w tym względzie panują wielka różnica zdań.

Przed kilku laty byłem zwolennikiem zakładania *anus praeternaturalis* skłoniony do tego kilkoma nieszczęśliwymi wynikami po resekcyi. Wnet jednakowoż musiałem się przekonać, że *anus praeternaturalis* oprócz tego, że sam przez się jest zabiegiem niebezpiecznym, pociąga za sobą konieczność drugiej operacyi, niemniej niebezpiecznej. A nadto w tych przypadkach, gdzie musi być założonym wysoko w jelitach cienkich, grozi choremu wyniszczeniem ogólnem, jak to miałem sposobność przekonać się na jednem dziecięciu, u którego pokarmy, podawane przez usta przechodziły przez *anus praeternaturalis* prawie bez zmiany. Chcieliśmy jak najprędzej zamknąć *anus praeternaturalis,* skoroby tylko nieco dziecko przyszło do siebie,—ale do tego nie przyszło.

Od kilku lat dajemy pierwszeństwo pierwotnej resekcyi w uwięźniętej i zgorzelinowo zmienionej przepuklinie, gdy chory nie jest zbyt osłabionym a stosunki miejscowe pozwalają na to. W okolicznościach zupełnie niekorzystnych jesteśmy już zadowoleni, jeżeli możemy ukończyć operacyę jak najszybciej, na co pozwala tylko założenie *anus praeternaturalis.* Musimy tu, jak wszędzie indywidualizować.

W ostatnich czasach następowe wyniki po resekcyi mam lepsze, odkąd stosuję się do przepisu Kochera, aby wycinać nie zbyt oszczędnie z pętli doprowadzającej. Wprawdzie ostatnia właśnie resekcya zakończyła się śmiertelnie, ale przepuklina udowa trwała od 10 dni i było już przedziurawienie. I pomimo wycięcia z pętli doprowadzającej dość długiego kawałka (do 38 ctm.), pokazało się przy sekcyi, że jeszcze z jakie 20 ctm. kiszki doprowadzającej było rozpulchnionej i w najwyższym stopniu nastrzykanej. Ten wynik sekcyi przemawia dosadnie za żądaniem Kochera.

6) Jakie jest najlepsze postępowanie przy leczeniu *anus praeternaturalis?* Już te dwa przedstawione przypadki świadczą, że nie zawsze nadaje się jedna i ta sama metoda operacyjna. Przez zestawienie statystyczne starałem się wykazać dawniej, że resekcya przy *anus praeternaturalis* jest operacyą mało niebezpieczną i w zasadzie powinna mieć pierwszeństwo przed innemi metodami operacyjnemi, również trudnemi, wymagającemi tak samo

zachodu a mniej pewnemi i niemniej niebezpiecznemi. Jednakowoż są przypadki, w których nie użyjemy resekcyi, jak n. p. na częściach kiszki, które posiadają krótką kreskę albo wcale żadnej, jak n. p. w naszym przypadku, w którym sposób Malgaignea dał się bardzo dobrze zastosować. Z również dobrym skutkiem dałby się w podobnych razach użyć sposób Chaputa (opisany w jego dziele *Technique et indications des operations sur l'intestin*). U osób tłustych albo w przypadkach, gdzie jest wiele przedziurawień jelit, albo są silne zrosty, albo jest znaczny rozstęp między oddzielonymi końcami kiszki, wybierzemy oczywiście najodpowiedniejszą z metod dotychczas znanych. Bardzo pouczające pod tym względem przypadki zestawił Koehler z kliniki Bardelebena (*Berl. klin. Wochschft. 1894. N. 5*).

Na tem kończę moje uwagi. Jak powiedziałem, będę miał jeszcze sposobność poruszyć te same kwestye w obszerniejszej pracy.

Na zakończenie przytaczam historye chorób chorych przyjętych w tem półroczu do naszej kliniki.

(Dokończenie nastąpi).

III. O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej.

Według własnego wykładu habilitacyjnego w d. 21. Lutego 1894).

Podał

Dr. Leon Wachholz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Ten ogólny obraz może ulegać różnym zmianom a to stosownie do czynników i stopnia defektu, inteligencyi, wychowania i usposobienia.

Inteligencya bywa w obłąkaniu moralnem już to mniej już to więcej upośledzona. Krafft-Ebing rozróżnia w tym względzie dwa stopnie upośledzenia inteligencyi, podobnie jak w idyotyzmie, t. j. niższy, tak zwany *Schwachsinn* i wyższy, tak zwany *Blödsinn*.

Stopień upośledzenia inteligencyi musi wpływać na uczynki. To też, gdy obłąkany moralnie a dotknięty wyższym stopniem upośledzenia inteligencyi, popełnia uczynki błahe i w sposób niezręczny i mało ostrożny, to inny z mniej upośledzoną inteligencyą popełnia zbrodnie z finezyą, wyrachowaniem i ostrożnością; pierwszy stanąwszy przed karzącą sprawiedliwością nie umie się bronić, drugi z wymową godną lepszej sprawy, z rozumem, który mu służy jako *advocatus diaboli*, jak to trafnie określa Schüle, stara się zbrodni nadać piętno godziwego, usprawiedliwionego uczynku a nawet bohaterstwa, o czem pouczają tak częste w obecnych czasach zapiski z rozpraw anarchistów paryskich. Ta przewrotna wymowność wyda się Panom sprzeczną z tem, o czem już poprzednio nadmieniłem, iż uczynki moralnie obłąkanych są raczej wynikiem popędu, niż rozwagi i częściowo wolnej woli. I w istocie nasuwa się tu sprzeczność, ale tylko na pierwszy rzut oka, boć przecie człowiek taki może zadość uczynić popędowi zbrodniczemu nie rozważywszy czynu przed wykonaniem, po wykonaniu zaś dopiero może go rozważać i starać się wymową osłabić jego znaczenie i siebie usprawiedliwić. Dla tej to przewrotnej wymowy nazywa Legrand du Saulle obłąkanie moralne wymownem.

Wpływ wychowania wydaje się bardzo nieznacznym a raczej schodzi do rzędu tresury. Już Lombroso twierdzi, że jak z jednej strony zdarzają się przypadki, w których złe wychowanie i otoczenie mogą stworzyć zbrodniarza z człowieka prawidłowo ukształconego, tak znów z drugiej strony istnieją liczne przykłady, w których nawet trafne i rozumne wychowanie, uszlachetniające ducha drogą zmysłów a uczucie drogą rozumu nie jest w stanie pohamować złych skłonności. Pomimo to, uważa rozsądnie pokierowany dom poprawy za właściwszy środek leczniczy od więzienia, zwłaszcza dla młodych zbrodniarzy.

Ze względu na usposobienie, charakter można podzielić tych ludzi na apatycznych, biernych, na ruchliwych i czynnych. Rozumie się, że w równych zresztą okolicznościach, ruchliwy i czynny będzie pohopniejszy do złego, tem samem niebezpieczniejszy.

Moralne obłąkanie, które objawia się już w dzieciństwie, jest wrodzonem podobnie, jak inne stany n. p. ślepota barw, z którą wielu autorów słusznie je porównywa. Człowiek nie posiadający w swych siatkówkach włókien, które są czułe n. p. na promienie czerwonego światła, nigdy ich nie będzie odczuwać mimo wysiłku i ćwiczenia się. Tak też i człowiek dotknięty obłąkaniem moralnem nie posiada zdolności odbierania wrażeń moralnych, tworzenia z nich odpowiednich wyobrażeń i kojarzenia tych ostatnich w logiczne sądy i pojęcia etyczne; będzie on mimo najstaranniejszego wychowania zawsze tępym moralnie.

Niezwyciężoną moc dziedziczności wyraża wielki poeta niemiecki w tych pięknych słowach:

Jak w onym dniu, co światu cię nagodził,
Witało słońce licznych gwiazd plejady,
Jak ty wzrastałeś w późne dni żywota
W myśl prawa, które ciebie powołało;
Już przeznaczeniu ujść nie będziesz w stanie,
Sybille tak orzekły i prorocy.
Gdyż ani czas, ni siła nie odmieni
Skończonego kształtu, co żyjąc się rozwija.

Ta nieprzeparta siła dziedziczności znajduje swego rzecznika w wielkim nowoczesnym dramaturgu Ibsenie, który powiada: „charakter człowieka może w walce z wewnętrznemi skłonnościami spotężnieć, jednak jest on bezsilnym względem wrodzonej natury".

Opierając się na niewątpliwej dziedziczności, ugruntował w bieżącej dobie Lombrozo swą naukę o *delinquente nato*, t. j. o urodzonym zbrodniarzu, głosząc na podstawie olbrzymiego materyału, że skłonność do czynów niemoralnych, do zbrodni, była własnością odległych naszych przodków a jeszcze dziś daje się spotkać u mniej oświeconych ludów, głównie u dzikich a wreszcie i u zwierząt. Ztąd też uważa on skłonność do zbrodni, tępotę poczucia etycznego u jednostek należących do naszego społeczeństwa za atawizm.

Istnienie dziedziczności popędów niemoralnych w świecie zbrodniarzy popiera Lombrozo szeregiem genealogii rodzin, w których skłonność do zbrodni, złe nałogi jak pijaństwo, obłąkanie i t. d. stale się powtarzały. Najcenniejszego przyczynku do kwestyi dziedziczności popędów niemoralnych dostarczył Dugdale. Był on w stanie wykazać w rodzinie pewnego włóczęgi, którego dwaj synowie obcowali płciowo ze swemi siostrami, z przeszło tysiąca descendentów: 76 zawodowych zbrodniarzy, 180 żebraków, 181 potomków po kądzieli oddanych nierządowi, 142 włóczęgów, 64 niedołężnych. Koszt

utrzymania całej tej rodziny przez siedem pokoleń wynosił pięć milionów marek; najstarszy zbrodniarz siódmego pokolenia liczył siedm lat życia. Nawiasem muszę tu wspomnieć, że badania Lombrosy i jego zwolenników łączą prostytucyę ze światem zbrodni, uważając ją na podstawie studyów nad genealogią rodzin zbrodniarzy, obłąkanych i t. d., jakoteż na podstawie spostrzeżeń datujących się już od mglistej epoki wieków średnich, że zbrodniarz chętnie kojarzy się z prostytutką, uważa przynajmniej prostytucyą za przyrodnią siostrzycę zbrodni. Tym zapatrywaniom dają wyraz różni powieściopisarze w swych dziełach, jak n. p. Prevost w Manon Lescaut, Daudet w Safonie, Zola w Człowieku-zwierzęciu i t. d.

Zanim przedstawię Panom główne zarysy nauki Lombrozy, tak zwanej antropologii kryminalnej, nauki rozwijającej się nader pomyślnie na klasycznej ziemi włoskiej pod egidą Lombrozy, we Francyi pod egidą Lacassagnea i Coutagnea, w Niemczech Kurelli, wreszcie Benedikta, Naeckego, Baera, którzy jednak nieco odmienne zajmują stanowisko w tej mierze, i jeszcze wielu innych autorów, pozwolę sobie cofnąć się wstecz i przywołać Panom na pamięć nauki i teorye dawniej już temat ten poruszające a zapewne Panom nie obce.

Nauka o odrębności świata zbrodniarzy znajduje już w Homerze swego przedstawiciela. Opiewa on Tersytesa następującemi słowy: „Oto zbliżył się on, najgorszy ze wszystkich mieszkańców Ilium. Krzywe miał on nogi i był porażon na jednę nogę; garbate były jego barki a piersi ścieśnione, kończystą była głowa jego a cienka wełna pokrywała mu ciemię“. Ileż to cech kreśli w tych słowach mistrz nad mistrze, cech, które modna antropologia kryminalna uznaje za dyagnostyczne kryterya dla urodzonego zbrodniarza.

Arystoteles podaje pewne znamiona fizyognomii jako charakterystyczne dla zbrodniarzy. Jak dalece wykształceni Grecy nauką tą się zajmowali i jak niestety często do błędnych musieli dochodzić sądów w tym względzie, dowodzi obwinienie Sokratesa o występki przeciw moralności płciowej, oparte na ukształtowaniu jego czaszki, obwinienie, którego bezpodstawność wykazali dowodnie uczniowie mędrca. Rzymianie nie uznają tej nauki a Pliniusz wprost ją odrzuca, jako bezzasadną.

W Niemczech cały szereg autorów usiłował wskrzesić tę naukę. Lavater opierając się na poprzednich studyach fizyognomii ludzkiej buduje odrębną naukę. Wszakżeż oczy, jak powszechnie się mówi, stanowią źwierciadło duszy a więc można po nich rozpoznać usposobienie osoby. Tęczówki niebieskie, to znamię miękkości, marzycielstwa, mistycyzmu, szare znamię zdradliwości, zielonawe niewierności, tak, jak te fale, które przypominają swą barwą, brązowe lub piwne znamię siły i męztwa od barwy sierci lwiej, czarne namiętności i lubieżności, bo przypominają noc, która stanowi pożądaną osłonę, opiekunkę zbrodni.

Pismo i rysy na skórze dłoniowej zużytkowano również w celach rozpoznania charakteru; znaczenie rysów skóry dłoniowej wykorzystała chiromancya, uprawiana przez zawodowych wróżbitów.

Ponad nieudałą naukę fizyognomistyki podnosi się frenologia Galla, która twierdzi, że kształt czaszki zależy od kształtu mózgu, który ją wypełnia. Gall poznaje z kształtów czaszki różne zdolności i wady ludzkie a grupę zbrodniarzy obejmuje typem jednolitym. Nauka Galla znalazła w ówczesnej psychiatryi, uznającej tak zwane monomanie jak n. p. onomatomanią piromanią, kleptomanią i t. d, które, wielu nowoczesnych psychiatrów pomieściło w formie tak zwanego obłąkania popędowego (*Impulsives Irrsein*).

Nauka Galla i jego uczniów upadła rychło a każdy ma na pamięci jak surową odprawę daje jej Hyrtl w swym podręczniku anatomii, wyrażając się, że naukę tę wynaleźli głupcy dla głupców a jednak stanowiła ona przedwstęp do pięknie rozwijającej się dziś nauki o lokalizacyi funkcyi mózgowych. W dalszej kolei zajmuje się Friedreich nabytemi i wrodzonemi właściwościami umysłu; jego zdaniem zboczenia w jelitach są powodem hipochondryi, zboczenia w wątrobie przyczyną zadumy i t. d. Nieprawidłowa budowa czaszki może, zdaniem jego, stanowić przyczynę choroby umysłowej a nie da się również zaprzeczyć, że i popęd do zbrodni może pozostawać w związku przyczynowym z wadliwą budową czaszki.

Tych rozlicznych nauk epigonem, jakkolwiekbądź genialnym, jest Lombroso ze swoją szkołą.

Kurella streszcza teoryę Lombrosy we wstępie do swej pracy: *Die Naturgeschichte des Verbrechers* w tych słowach: „teorya ta orzeka, że wszyscy prawdziwi zbrodniarze mają pewne z sobą w związku przyczynowym zostające cielesne, antropologicznie wykazać się dające nadto i duchowe psychofizyologicznie stwierdzić się dające znamiona, które tworzą z nich odrębny typ ludzi; człowiek o takich znamionach z nieubłaganą koniecznością staje się zbrodniarzem (często nie wykrytym), niezależnie całkiem od wszelkich wpływów socyalnych. Człowiek taki urodził się zbrodniarzem“. Teorya Lombrozy nie zaprzecza wcale, że i wpływy socyalne n. p. złe wychowanie i t. d. mogą stworzyć zbrodniarza; owszem rozróżnia ona zbrodniarzy okolicznościowych (*Gelegenheitsverbrecher*), zbrodniarzy nałogowych i z namiętności, jednak stara się ona dowieść na podstawie wszechstronnego zbadania budowy ich ciała, czynności ich ustroju, objawów ich życia w najszerszem pojęciu, że istnieją zbrodniarze już na to w chwili urodzenia skazani.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z pracowni patologiczno-chemicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej.

Napisał

Dr. Gustaw Toepfer.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Doświadczenie I.

40 cm. sz. 1% roczynu białka jaja kurzego,
5 „ „ 5% roczynu kwasu octowego,
5 „ „ 1% roczynu mlekowego,
po 5 „ „ tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidłowym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 4·0 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 4·0 „ „ „ „ „
Różnica = 0.

Doświadczenie II.

10 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego po dodaniu 2 cm. sz. około 5% rozczynu kwasu octowego miareczkowano $^1/_{10}$ normalnym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 12·2 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 12·2 " " " " "

Różnica = 0.

Próba dymetylamidoazobenzolu z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie III.

5 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego po dodaniu 1 cm. sz. około 6% rozczynu kwasu octowego miareczkowano $^1/_{10}$ normalnym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 6·1 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 6·1 " " " " "

Różnica = 0.

Doświadczenie IV.

10 cm. sz. 5% rozczynu białka surowiczego po dodaniu 1 cm. sz. około 6% rozczynu kwasu octowego miareczkowano $^1/_{10}$ normalnym ługiem sodowym.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 6·15 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 6·15 " " " " "

Różnica = 0.

Próba dymatylamidoazobenzolu z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie V.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego 10 cm. sz. $^1/_4$ prawidł. rozczynu kwasu octowego, (który zatem zawierał 0·2992 gr. % 10 cm. sz. wody destylowanej. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:
fenolftaleiny = 2·5 $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 2·5 $^1/_{10}$ " "

Różnica = 0.

2·5 $^1/_{10}$ prawidł. rozczynu ługu sodowego odpowiada 0·2995 gr. % kwasu octowego. Znajdujemy zatem całą wartość dla kwasu octowego z małą różnicą 0·0003 na 100 cm. sz.

Doświadczenie VI.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego,
10 " " $^1/_4$ prawidł. rozczynu kwasu solnego t. j. 0·9 procentowego.
10 " " wody przekroplonej.

W mięszaninie tej wynosi zatem ilość kwasu solnego 0·18 gr. na 100 cm sz. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Przyczem spotrzebowano używajac jako wskazówki:
fenolftaleiny = 2·85 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 2·6 " " " " "

Różnica = 0·25 $^1/_{10}$ prawidł. NaOH
t. j. = 0·18 gr. % luźnie połączonego kwasu solnego.

Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano ługu sodowego 2·3 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, t. j. 9.166 gr. wolnego kwasu solnego — razem zatem wynosi kwas solny = 0·1836 gr. %.

Z powyższego doświadczenia wynika, że znajdujemy napowrót całą ilość dodanego kwasu solnego, natomiast jest kwasota ogólna, którą miareczkujemy za pomocą fenolftaleiny o 0·3 cm. $^1/_{10}$ prawidłowego rozczynu ługu sodowego wyższą. Ponieważ po dodaniu kwasu octowego do takiego samego rozczynu białka kwasota ogólna nie była większą, aniżeli to odpowiadało ilości dodanego kwasu (jakto widzimy z doświadczenia V), musimy zatem przyjąć, że przez dodanie kwasu solnego uwalniają się z ciał białkowych ciała oddziaływające kwaśno tak względem fenolftaleiny jak i alizaryny i one to zwiększają wartość ogólnej kwasoty. Nie tu miejsce wchodzić w naturę tych ciał. Okoliczność ta dla metody samej nie ma żadnego znaczenia, bo jeżeli nawet rzecz tak samo się ma przy wprowadzeniu ciał białkowych do żołądka, pozostaje to dla sposobu badania obojętnem, czy kwasota ogólna powstała przez czynniki zawarte w żołądku samym, czy też przez czynniki powstałe dopiero po zadziałaniu kwasu solnego na ciała białkowe.

Zresztą Lüttke, Martius i inni oznaczają również kwasotę ogólną za pomocą fenolftaleiny, popełniają zatem ten sam nieznaczny błąd.

Doświadczenie VII.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego,
10 " " $^1/_4$ prawidł. rozczynu kwasu solnego,
10 " " $^1/_4$ " " " octowego.

Mięszanina ta zawiera zatem 0·18 gr. % kwasu solnego. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Używając jako wskazówki spotrzebowano:
fenolftaleiny = 5·75 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 5·5 " " " " "

Różnica = 0·25 " " " " "
co odpowiada 0·018 gr. % kwasu solnego luźnie połączonego.

Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano 2·3 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, co odpowiada 0·165 gr. % wolnego kwasu solnego — razem zatem znajdujemy dla kwasu solnego wartość 0·1836 gr. % na 100 cm. sz.

I tu otrzymujemy dla ogólnej kwasoty wyższą wartość. Przyczynę tego zjawiska omówiliśmy w doświadczeniu V. i VI.

Doświadczenie VIII.

30 cm. sz. 5% rozczynu białka jaja kurzego,
10 " " $^1/_{10}$ prawidł. rozczynu kwasu solnego,
10 " " " " " " octowego.

Mięszanina ta zawiera 0·18 gr. % kwasu solnego, 0· 2992 gr. % kwasu octowego. Po 5 cm. sz. tej mięszaniny miareczkowano $^1/_{10}$ prawidł. NaOH.

Używając jako wskazówki spotrzebowano:
fenolftalniny = 5·8 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 4·6 " " " " "

Różnica = 1·2 " " " " " =
0·0864 gr. % kwasu solnego luźnie połączonego.

Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano: 1·35 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH = 0·0972 gr. % kwasu solnego wolnego — razem zatem znajdujemy 0·1836 gr· % kwasu solnego. Toż samo i tu wartość ogólnej kwasoty jest wyższą (patrz doświadczenie V, VI. i VII.

Następuje szereg soków żołądkowych za pomocą $^1/_{10}$ prawidł. rozczynu ługu sodowego.

1) Treść żołądkowa (wymiociny) 20 cm. po 5 cm. sz. jej miareczkowano używając jako wskazówki, przyczem spotrzebowano:
fenolftaleiny = 0·55 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 0·55 " " " " "

Różnica = 0.

Reakcya dymetylamidoazobenzol wypada ujemnie, brak zatem kwasu solnego wolnego, jakoteż luźnie połączonego. Ogólna kwasota jako kwas solny obliczona = 0·0396%.

Metodą Martiusa i Lüttkego te same wyniki.

2) Treść żołądkowa (wymiociny) 50 cm. sz., po 5 cm. sz. miareczkowano, używając jako wskazówki, przyczem spotrzebowano:

fenolftaleiny = 1·3 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 0·6 „ „ „ „ „

Różnica = 0·7 „ „ „ „ „ t. j. 0·0504% kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano = 0·0072 % kwasu solnego wolnego.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0526 % zatem więcej 0·0022%,
kwas solny wolny = 0·0072%.

3) Treść żołądkowa (wymiociny) 300 cm. sz. po 5 cm. sz. miareczkowano używając jako wskazówki, przyczem spotrzebowano:

fenolftaleiny = 1·5 cm. sz. prawidł. NaOH,
alizaryny = 0·8 „ „ „ „

Różnica = 0·7 t. j. 0·0504 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem spotrzebowano = 0·4 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, t. j. = 0·0288% kwasu solnego wolnego.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0562%, zatem więcej o 0·0058%.
kwas solny wolny = 0·029%, zatem więcej o 0·0002%.

4) Treść żołądkowa (wymiociny) 500 cm. sz. po 10 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano, używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 8·00 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 5·00 „ „ „ „ „

Różnica = 3·00 t. j. 0·108 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem otrzymaliśmy wyniki ujemne.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·133%, zatem więcej o 0·025%.

5) Treść żołądkowa (wymiociny) 300 cm. sz. po 20 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 4·7 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 3·35 „ „ „ „ „

Różnica = 1·35 t. j. 0·0243% kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazoaenzolem spotrzebowano: 1·75 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH, t. j. 0·0315% kwasu solnego wolnego.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0306%, zatem więcej o 0·0063%.

6) Treść żołądkowa (wymiociny) 20 cm. sz. po 5 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 1·5 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 1·1 „ „ „ „ „

Różnica = 0·4 t. j. 0·0288 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem wynik ujemny.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0248%, zatem mniej o 0·004%.

7) Treść żołądkowa (wymiociny). Po 50 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano, używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 11·1 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 7·9 „ „ „ „ „

Różnica = 3·2 t. j. 0·023 % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem wynik ujemny.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·0213 gr. %, zatem mniej o 0·0017%.

8) Treść żołądkowa (wymiociny). Po 10 cm. sz. jej miareczkowano, przyczem spotrzebowano, używając jako wskazówki:

fenolftaleiny = 7·4 cm. sz. $^1/_{10}$ prawidł. NaOH,
alizaryny = 2·9 „ „ „ „ „

Różnica = 4·5 t. j. 0·162 gr. % kwasu solnego luźnie połączonego. Z dymetylamidoazobenzolem reakcya ujemna.

Metodą Martiusa i Lüttkego otrzymaliśmy:
kwas solny luźnie połączony = 0·165 gr. %, zatem więcej o 0·003%.

Porównywając wyniki otrzymane za pomocą miareczkowania z wynikami otrzymanymi metodą Martiusa i Lüttkego, uzyskujemy średnią różnicę 0·006 gr. na sto sześciennych centymetrów, przyczem liczby przez nas otrzymane były zawsze niższe z wyjątkiem jedynie rozbioru siódmego.

Przebieg badania.

Do tego celu potrzeba następnych odczynników:

1) $^1/_{10}$ normalnego rozczynu ługu sodowego,
2) 1% rozczynu alkoholowego fenolftaleiny,
3) 1% rozczynu wodnego alizaryny (połączenie kwasu alizarynosulfonowego ze sodem),
4) 0·5% rozczynu alkoholowego dymetylamidoazobenzolu.

Do trzech miseczek porcelanowych lub kubków szklanych odmierzamy po 5 lub 10 cm. sz. treści żołądkowej.

Do I porcyi dodajemy 1 do 2 kropel fenolftaleiny i miareczkujemy ługiem sodowym, *dodając rozczynu tego dopóty, dopóki dodana kropla wywołuje jeszcze ciemniejsze zabarwienie.*

Jeżeli bowiem do kwaśnego rozczynu dodajemy fenolftaleiny, nie ulega on, jak wiadomo, żadnej zmianie barwy, jeżeli więc teraz wkraplamy rozczyn ługu sodowego, to powstają przy każdej kropli czerwone obłoczki, które z początku znikają, aż nareszcie dochodzimy do chwili, w której tak wkroplony ług sodowy wywołuje różowe zabarwienie całego płynu.

Z doświadczenia wynika, że tej chwili nie można uważać za koniec miareczkowania. Przy każdej następnej bowiem kropli ługu sodowego powstaje zawsze jeszcze ciemnoczerwony obłok, który sprawia coraz to ciemniejsze zabarwienie płynu, aż w końcu dochodzimy do chwili, w której dalsze dodawanie ługu sodowego już żadnej zmiany nie wywołuje w zabarwieniu. *Tę chwilę uważamy za reakcyę ostateczną*[1]).

Do następnej porcyi dodajemy 3 do 4 kropel alizaryny (lub tropeoliny 00) i miareczkujemy ługiem sodowym *aż do wystąpienia pierwszego czysto-fiołkowego zabarwienia.*

Miareczkowanie alizaryną jako wskazówką potrzebuje małej wprawy. *W tym celu dobrze jest odmierzyć sobie następujące rozczyny:*

1) 5 cm. sz. wody,
2) 5 cm. sz. fosforanu dwusodowego,

---

[1]) Ponieważ zawsze dodajemy tę samą nieznaczną ilość barwika, więc nie ma obawy, że reakcya ostateczna może zależeć od ilości dodanego barwika.

3) 5 cm. sz. węglanu sodowego, do każdego z tych rozczynów dodać następnie po kropli alizaryny.

Rozczyn pierwszy będzie żółto zabarwiony, drugi czerwono, trzeci czysto fiołkowo. To ostatnie zabarwienie, otrzymane z węglanem sodowym, stanowi granicę, do której miareczkować musimy.

Do ostatniej porcyi dodajemy 4 do 5 kropli dymetylamidoazobenzolu. Jeżeli odrazu powstaje żółte zabarwienie, w takim razie brak zupełny kwasu solnego wolnego, jeżeli zaś powstaje zabarwienie czerwone, w takim razie wkraplamy ług sodowy dopóty, aż zniknie ostatni ślad czerwonego zabarwienia, t. j. aż do wystąpienia barwy czysto-żółtej.

Z ilości spotrzebowanego ługu sodowego przy użyciu jako wskazówki dymetylamidoazobenzolu obliczamy ilość wolnego kwasu solnego. Z różnicy otrzymanych wartości za pomocą miareczkowania fenolftaleiną i alizaryną, obliczamy ilość kwasu solnego luźnie związanego. Spotrzebowana zaś ilość ługu sodowego przy miareczkowaniu z fenolftaleiną przedstawia wartość ogólnej kwasoty. Jeżeli od powyższej wartości odejmiemy wartości dla kwasu solnego wolnego i luźnie związanego, otrzymamy wartość dla reszty czynników kwasoty żołądkowej, t. j. kwasów organicznych i soli kwaśnych.

W końcu niech mi będzie wolno złożyć szczere podziękowanie mojemu czcigodnemu nauczycielowi Drowi E. Freundowi za zachętę i pomoc w mojej pracy.

V. Oceny i sprawozdania.

Jahrbuch der Wiener k. k. Kranken-anstalten pro 1892.

herausgegeben von der k. k. n. ö. Statthalterei. Wien 1893. 4°, str. 1041.

Sprawozdanie to, obejmujące wszystkie szpitale rządowe miasta Wiednia, wydane nakładem dolno-austryackiego Namiestnictwa, przedstawić ma przedewszystkiem ulepszenia i zmiany, zaprowadzone przez Rząd w roku 1891 i 1892. Sprawozdanie to odnosi się do sześciu szpitali jak: wielki powszechny szpital, szpital dzielnicy Wieden, szpital Rudolfa, szpital Ces. Franciszka Józefa, szpital Cesarzowej Elżbiety, Wilhelminy, św. Rocha i Stefanii.

Obszerny tom, urozmaicony bardzo wieloma tablicami statystycznemi, i bardzo dokładnymi planami, które objaśniają rozkład ubikacyi i urządzenia mechaniczne, gospodarcze, higieniczne wszystkich szpitali, nie może być nawet przyrównany do sprawozdań z lat dawniejszych: odznacza się gruntownością, skrupulatnością i bogactwem cennych dat, zestawień i objaśnień.

Szpitale, sprawozdaniem objęte, mieszczą razem 4815 łóżek; funkcyonuje w nich 178 lekarzy: na 102 łóżek przypada jeden lekarz ordynujący (prymaryusz, profesor) i jeden asystent oddziałowy, na 58 łóżek zaś jeden sekundaryusz.

W r. 1892 leczono w szpitalach 50.899 chorych obojga płci: z tych w szpitalu powszechnym 23.056, w szpitalu Rudolfa 8.489, w szpitalu dzielnicy Wieden 6.040, w szpitalu Ces. Franciszka Józefa 4.793, w szpitalu Stefanii 1·392, w szpitalu św. Rocha 1.172, nareszcie w szpitalu Wilhelminy 941.

Na 100 leczonych przypada, wszystkie szpitale uwzględniając, 60·31 wyleczonych, 20·33 wypuszczonych z polepszeniem, 8·03 niewyleczonych a 11·33 zmarłych. [1])

Bogaty materyał sprawozdania rozpada się na 10 rozdziałów. Z tych pierwszy (*A*) opisuje historyę powstania i rozwoju szpitali (interesujące illustracye i dawne plany, dające rzut oka na wielki szpital powszechny w r. 1784 przez Ces. Józefa II-go założony i najbliższą okolicę wkrótce po założeniu).

Następuje z kolei kronika (*B*) szpitali z roku 1892, podająca ważniejsze wydarzenia w tym roku zaszłe, jak zmiany i ulepszenia, budowę nowych gmachów, adaptacye, reorganizacye i t. p.

Dalsze rozdziały (*C* i *D*) podają stan osobowy władz szpitalnych, lekarzy i urzędników. Obszerny rozdział (*E*) poświęcony jest statystyce szpitalnej, bardzo gruntownej i wielorakiej. Z licznych tablic statystycznych na uwagę zasługuje tablica illustrująca rozdział chorych leczonych według dzielnic miasta.

Bardzo pięknie i korzystnie przedstawia się następny rozdział (*F*): „Spostrzeżenia lekarskie, historya chorób, operacye chirurgiczne i sekcye“. Czytając ten bogaty zbiór kazuistyczny, przekonywamy się, jaki obfity i cenny materyał naukowy ginie bez pożytku, jeżeli szpitale nie starają się o ogłoszenie wzorowych i wyczerpujących sprawozdań, ograniczając się do samej statystyki. Zwrócić tu należy uwagę na obfitą kazuistykę chorób skórnych, podaną przez Kaposiego, kilka gruntownie opisanych przypadków ze szpitala Rudolfa, popartych uwagami naukowemi przez prof. Neussera, obszerniejszy artykuł Englischa: *„Ueber die Verstauchungen der Gelenke“*, notatki kazuistyczne Madera, Langa, Hofmokla, Neumanna, Steinera i innych.

Rozdział (*G*) podaje stan majątkowy, zamknięcia rachunkowe za r. 1892, preliminarze budżetów szpitalnych na rok 1893 i wykaz fundacyi.

Rozdział (*H*) obznajmia nas ze statutem pensyjnym i emerytalnym lekarzy, urzędników i sług szpitali rządowych; następny z kolei rozdział (*I*) podaje odpisy ustaw rozporządzeń i normaliów, odnoszących się do szpitali, starannie zebrane i chronologicznie ułożone po rok 1892.

Nakoniec ostatni rozdział (*K*) traktuje o zarządzeniach, odnoszących się do przygotowania oddziałów cholerycznych w szpitalach wiedeńskich i osobnych szpitalów cholerycznych i izolacyjnych w mieście Wiedniu.

Namiestnictwo dolno-austryackie dobrze się zasłużyło, wydając tak wzorowe i wyczerpujące sprawozdanie; może ono służyć za wzór, jak takie sprawozdania spisywać należy. Jest wielce pożądanem, aby i nasze sprawozdania ze szpitali krajowych były w przyszłości lepiej opracowane i więcej uwzględniały obfity materyał statystyczny, kazuistyczny i naukowy, jaki rok rocznie zbiera się w szpitalach, a w wielkiej części idzie na marne. Nie należy wątpić, że najwyższa magistratura krajowa z zadowoleniem zarządzi wydanie gruntownych sprawozdań szpitalnych, jeżeli zarządy szpitali i lekarze szpitalni zechcą ją poprzeć swemi usiłowaniami i pracami. *Dr. Poniklo.*

Fizyologia.

A. Beck: O zmianach ciśnienia krwi w żyłach.

Dokładne pomiary ciśnienia krwi w żyłach i badania zmian tego ciśnienia są w literaturze bardzo nieliczne, a i te, które są, zawierają wiele błędów. Przyczynę tego upatruje autor w trudnościach technicznych, które mierzeniu ciśnienia żylnego stoją na przeszkodzie. Zastosowanie manometru powietrznego (Cybulskiego) usuwa w przeważnej części te trudności i podaje nietylko rzeczywiste wartości ciśnienia w żyłach, ale dozwala dokładnie fotografować przebieg zmian ciśnienia. B. wykonał za pomocą wymienionego manometru

---

[1]) Sprawozdanie szpitala św. Łazarza w Krakowie za r. 1892 wykazuje śmiertelność $= 9·73\%$.

szereg doświadczeń na psach, które doprowadziły go do następujących wyników.

Ciśnienie krwi w żyłach jest nader zmienne, albowiem zależy od czynników, które nawzajem na siebie w różny sposób wpływać mogą. W żyle szyjnej zewnętrznej wynosiło średnie ciśnienie u rozmaitych zwierząt 125, 27, 138, 51, 59, 125, 52, 98 mm. H_2O; wartości ujemnych dla ciśnienia krwi w tej żyle autor nie dostrzegł i przypuszcza, że otrzymane przez innych autorów liczby ujemne były następstwem łączenia żyły z manometrem za pomocą nieodpowiednich kaniulek. Aby uniknąć tego błędu, łączył autor w swoich doświadczeniach żyłę z manometrem za pomocą zwyczajnej kaniulki, którą wstawiał do bocznej gałązki żyły szyjnej.

Krzywe ciśnienia, które praca ta zawiera a szczególniej niektóre z nich, okazują wybitne fale oddechowe i pulsu. Co do pierwszych sądzi B., że jakkolwiek różnica ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej jest główną przyczyną ich powstawania, przecież wchodzić tu muszą w rachubę i inne wpływy, jak np. z miany w świetle naczyń płucnych i mechaniczny ucisk płuc na serce.

Drażnienie nerwu błędnego wywoływało w przeważnej części doświadczeń podwyższenie ciśnienia żylnego. Podwyższenie to jest następstwem wyrównania się ciśnienia w tętnicach i w żyłach po ustaniu akcyi serca. Doświadczenie, wykonane w tym celu nad zachowaniem się chyżości krwi w żyle szyjnej podczas drażnienia nerwu błędnego, potwierdza to tłomaczenie i zbija odmienne zapatrywanie Kornfelda.

Ważnym czynnikiem, wpływającym na ciśnienie w żyłach, jest ułożenie ciała. Jednakże, jakkolwiek wszelka zmiana w ułożeniu ciała odbija się dosadnie na krzywej ciśnienia, to z drugiej strony wchodzą tu również po części w rachubę te same czynniki regulujące, które znane są z wpływu pozycyi ciała na ciśnienie tętnicze.

Wpływ zboczeń w oddychaniu na zachowanie się ciśnienia w żyłach jest bardzo znaczny. Już samo wykonanie tracheotomii zmienia charakter krzywej o tyle, że fale oddechowe znikają albo stają się bardzo niskiemi. Wszelkie przeszkody w oddychaniu, wywołujące brak tlenu we krwi, zmieniają w wysokim stopniu charakter i wysokość krzywej ciśnienia żylnego a zmiany te zależą głównie od sposobu, w jaki odcinamy dostęp powietrza do płuc.

Drażnienie dośrodkowego końca nerwu kulszowego wywoływało wzrost ciśnienia żylnego, które autor uważa za następstwo podwyższenia ciśnienia w tętnicach.

W końcu zajmował się B. badaniem wpływu sztucznie wywołanych wad sercowych na krążenie żylne. Na razie podaje wyniki z doświadczeń, wykonanych z niedomykalnością zastawek półksiężycowych aorty i z niedomykalnością zastawki trójdzielnej. Pierwsza z tych wad sprowadzała wbrew twierdzeniu autorów obniżenie ciśnienia krwi w tętnicach a podwyższenie w żyłach, druga znaczne podwyższenie ciśnienia żylnego i charakterystyczny dla tej wady puls żylny, występujący nawet w tych mniejszych żyłach, w których w stanie prawidłowym go nie było.

Uwagi godną jest jeszcze okoliczność, że w przebiegu wady serca wszelkie zmiany w krążeniu żylnem (np. wywołane przez rozdrażnienie nerwu błędnego) występują o wiele wybitniej i łatwiej, niż w stanie prawidłowym. (*Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie, tom XXVII, 1894*).

D.

Chirurgia.

Rudolf Trzebicky: **Przyczynek do osteoplastycznej resekcyi stopy** podług Władymirowa-Mikulicza.

Zalety osteoplastycznej resekcyi stopy według Władymirowa-Mikulicza zbyt dobrze są znane, żeby dziś jeszcze kruszyć kopię w jej obronie. Nic też dziwnego, że szczupła liczba wskazań do tej operacyi, ustanowionych pierwotnie przez Mikulicza, zbiegiem czasu znacznie się powiększyła, gdyż dziś znane już są w literaturze przypadki, w których nowotwory złośliwe okolicy piętowej, zadawnione, powikłane złamania kostek, kości skokowej i piętowej z następowem zropieniem stawu, przewlekłe zapalenie szpiku kostnego, jakoteż znaczne skrócenie kończyny, albo zniekształcenie stopy porażne były przyczyną tej operacyi, po której chód jednak zawsze pozostaje nieco sztywny, podobny do stąpania na szczudle, co głównie zdaje się mieć przyczynę w wykluczeniu od razu 2 stawów (Choparta i skokowego) ze szkieletu kończyny. To też modyfikacya operacyi podana przez Mikulicza a opisana przez Santera, polegająca na tem, że usuwa się tylko tylną część kości piętowej i skokowej, gdy staw Choparta pozostaje utrzymany, zdaniem autora stanowi istotny postęp w technice tej operacyi, gdyż chód po niej zyskuje znacznie na sprężystości.

Autor przed rokiem nie znając jeszcze wówczas nowej tej modyfikacyi, w skutek szczególnego zbiegu okoliczności widział się zmuszonym do jej wykonania. Przypadek ten tyczył się 17-letniego chłopca, cierpiącego na mięsak kości piętowej, przechodzący na ścięgno Achillesa, powierzchowne mięśnie łydki i kość goleniową powyżej stawu skokowego. Operacyę wykonano w sposób następujący: cięciem skórnem, rozpoczynającem się na środku łydki a przebiegającem ztąd z początku w linii środkowej, następnie zaś rozchodzącem się na boki ku obydwom kostkom, łączącem się wreszcie za pomocą cięcia strzemiennego, przebiegającego przez podeszwę, okrojono nowotwór. Powierzchowne mięśnie podudzia przecięto powyżej guza a po mozolnem utorowaniu przystępu do tylnej powierzchni torebki stawu skokowego otworzono go i wreszcie przepiłowano kość skokową i piętową w poziomie skórnego cięcia strzemiennego. Gdy kość goleniowa mniej więcej w rozległości 6 cm. powyżej stawu skokowego była zajęta przez nowotwór, usunięto cały ten kawał. Próbne przystosowanie obydwu płaszczyzn przepiłowania okazało, że kończyna operowana co do swej długości dorównywa w zupełności zdrowej, wobec czego autor postanowił modyfikacyi tej spróbować i ustalił kończynę w tej pozycyi.

Co do przebiegu następowego wypada zwrócić uwagę, że po 10-ciu dniach musiano wyłuszczyć cały szereg zwyrodniałych gruczołów pachwinowych, przyczem żyłę udową tuż pod więzem Pouparta skaleczono i podwiązano. Po 8-miu tygodniach rany były zupełnie zagojone a w stawie Choparta można było wykazać nieznaczną ruchomość. Chory począł chodzić następując na kończynę operowaną wcale pewnie. Chód jego wyróżniał się jednak od chodu po typowej resekcyi Władymirowa-Mikulicza pod względem sprężystości w sposób nader korzystny.

Niestety ciągłe nawroty i przerzuty pierwotnej choroby nie pozwoliły pacyentowi i operatorowi cieszyć się zbyt długo z wyniku operacyi, gdyż w 7. miesięcy po pierwszej operacyi zmarł chory w skutek zwyrodnienia nowotworowego gruczołów miednicy. (*Medycyna 1894. Nr. 2*). *Dr. T.*

Choroby uszne.

Bieliakow: **O wpływie chorób usznych na rozwój i przebieg obłąkania.**

Na podstawie swych spostrzeżeń doszedł autor do następujących wniosków:

1) Sprawa zapalna ucha wewnętrznego często jest przyczyną zboczeń umysłowych z omamami.

2) Jeżeli miejscowa sprawa zapalna przebiega niepomyślnie, obłąkanie często przechodzi w następową niedołężność umysłową. Omamy słuchowe jednostronne są często skutkiem podwyższenia pobudliwości ośrodków korowych, następstwem przenoszenia się bodźca od nerwów słuchowych.

3) Omamy słuchowe obustronne mogą powstać skutkiem choroby narządu słuchowego.

4) Zadrażnienie narządu słuchowego często nie ogranicza się na wywołaniu omamów słuchowych, lecz sprowadza przez swój wpływ na inne zmysły także inne omamy zmysłowe jak smaku, powonienia i ogólną czułość. Cecha omamów zmysłowych zależy także od osobistych właściwości chorego.

5) U wielu chorych, którzy przebyli choroby uszne znaleziono przeczulicę słuchu, polegającą naprzód na pojmowaniu szmerów i tonów muzycznych i przechodzącą później w czułość chorobliwą. Równocześnie czułość dla tonów ze świata zewnętrznego nie jest powiększona, lecz po największej części zmniejszona.

6) Powiększenie się ślinienia, towarzyszące często ropieniu ucha środkowego, pochodzi z zadrażnienia struny bębenkowej i nerwów splotu bębenkowego. Hipochondryczne przygnębienie i hipochondryczny ból około serca, trapiący od czasu do czasu takich chorych, można tłómaczyć podrażnieniem gałęzi usznej nerwu błędnego i przenoszeniem się drażnienia na mózgowe ośrodki słuchowe.

7) Związek między chorobami usznemi i obłąkaniem połączonem z omamami dostrzega się tylko w przypadkach, w których czynności mózgowe nie są jeszcze zakłócone.

8) Niekiedy padaczka wydaje się zależną od zajęcia błędnika. Zadrażnienie pochodzące od zapalenia ucha środkowego może przyjąć postać wrzekomego porażenia ogólnego.

9) Omamy słuchowe z rzadka pojawiające się w porażeniu ogólnem mogą być wynikiem jednostronnego zapalenia ucha. W takim przypadku omamy w ogóle ograniczają się do tej samej strony mózgu. (*Boston Med. and Surgic. Journal*).

Dr. Spira.

H e c h t: **Przyczynek do zastósowania kokainy w otyatryi.**

Po lekkiem zatruciu nikotyną pojawiła się nagle u autora głuchota lewego ucha. Przewodnictwo przez kości utrzymane. Równocześnie wystąpiły nieprzyjemne szmery syczące, podmiotowe. Zdawało się, że jest przekrwienie błony, może także i jamy bębenkowej. Trąbka Eustachego dla powietrza dobrze drożna. Lód na wyrostek sutkowy, zatykanie przewodu usznego zewnętrznego, środki przeczyszczające, później używanie nastoju jodowego na wyrostku sutkowym i środki ściągające do przewodu zewnętrznego nie sprowadziły żadnego polepszenia. Na ostatnią próbę wkroplił sobie autor 5%, letni rozczyn kokainy, jako środek sprawiający niedokrewność, do ucha. W kilka minut pogorszenie, potem prędkie polepszenie słuchu. Po częstem powtarzaniu wkraplania słuch stał się zupełnie prawidłowym.

Działanie to wybitne kokainy zgadza się ze spostrzeżeniami Steina (Patrz *Przegląd lekarski* Nr. 4. r. b.) i Kieselbacha. (*Münchener med. Wochenschrift. 1893*).

Dr. Spira.

H a m o n d u F a u g e r a y (w Mans): **O chirurgii ucha środkowego.**

W ostrych chorobach ropnych i nieropnych ucha środkowego należy dać pierwszeństwo wczesnemu przekłuciu błony bęb. przed późniejszym zabiegiem. W przewlekłych zajęciach bez wypociny (stwardnienie) główne wskazanie stanowi uwolnienie strzemionka. Celowi temu odpowiadają dwa zabiegi: wobec ruchomości strzemionka wyłuszczenie w stawie kowadełko-strzemionkowym z wycięciem długiej odnogi kowadełka lub bez niego, w unieruchomieniu zaś strzemionka wycięcie jego sposobem Blakego.

W przewlekłych chorobach z wypociną (nieżyt przewlekły) należy ją wypuścić przez przekłucie błony bęb. a później, w razie potrzeby przemyć jamę bęb. roztworem dwuchlorku rtęci. W ropieniach przewlekłych powinno się zatamować wyciek, zniszczyć ziarniny i odciąć obrzęki. W przypadkach, w których zwykłe środki nie wystarczają, zboczenia są głębsze a wtedy należy zastósować według okoliczności zabieg operacyjny Sextona lub Stackego.

Ze względu na możliwe powikłania bądź to ze strony mózgu bądź to ze strony wyrostka sutkowego, nie wolno poprzestawać na zabiegach łagodzących. Powinno się również oczyścić jak najdokładniej jamę bęb., bo dopóki jest ognisko ropne, nie można chorego uważać za wyleczonego.

Nie wolno robić żadnej operacyi przed dokładnem rozpoznaniem zmian tak miejscowych jakoteż czynnościowych. (*Intern. klin. Rundschau Nr. 24. 1893.*) *Dr. Spira.*

Zapiski terapeutyczne.

— W. Moor w Nowym Jorku przekonał się, że dodawszy do wodnego 2‰ rozczynu siarkanu morfiny również 2‰ rozczynu nadmanganezanu potasowego *(kali hypermanganicum)*, otrzymuje się niebawem mięszaninę zieloną, z której po kilku minutach wydziela się ciemny osad. Płyn teraz pozostały nie ma ani żadnej barwy ani żadnego smaku i nie zawiera więcej śladów morfiny.

Okoliczność ta naprowadziła Moora na myśl, że nadmanganezan potasowy mógłby być bardzo dobrą odtrutką na morfinę a dalsze doświadczenia potwierdziły ten domysł. Jakoż Moor zażył na raz 12 a w drugiem doświadczeniu nawet 18 centygramów morfiny a następnie w 30 do 60 sekund 18 do 24 centygramów nadmanganezanu potasowego i przekonał się o braku wszelkiego działania fizyologicznego morfiny, jakkolwiek w zwyczajnych okolicznościach czuje już działanie narkotyczne po centygramie. Jeżeli się jeszcze uwzględni, że te doświadczenia robił Moor w cztery godziny po sutym obiedzie, gdy w żołądku jest jeszcze pewna ilość peptonów i innych substancyj organicznych, to musi się przyjść do przekonania, że nadmanganezan potasowy jest rzeczywiście dzielną odtrutką na morfinę.

W zatruciu zatem solą morfinową radzi M. zadać 0·50 do 1·00 nadmanganezanu potasowego rozpuszczonego w 200 do 250 gramach wody i dawkę tę powtórzyć 3 lub 4 a nawet i więcej razy co $^1/_2$ godziny w miarę potrzeby.

Jeżeli rozchodzi się o otrucie makowcem *(opium)*, zaleca się zakwasić rozczyn nadmanganezanu potasowego małym dodatkiem kwasu solnego lub nawet prostego octu w celu otrzymania rozpuszczalnej soli morfinowej w żołądku.

Opierając się na doświadczeniach Hitziga na psach, z których wypada, iż połowa morfiny wstrzykniętej pod skórę wydziela się do żołądka, sądzi M., że nadmanganezan potasowy mógłby może działać jako odtrutka nawet po zupełnem wessaniu morfiny.

Dodać w końcu należy, że ilości nadmanganezanu potasowego zalecone przez Moora jako odtrutka na morfinę, ustrój ludzki znosił dobrze.

— U dziecka 8-letniego z wgłobieniem jelit użył J. Williams po wyczerpaniu na próżno różnych znanych sposobów, następującego sposobu leczenia: za pomocą grubego, miękkiego zgłębnika kauczukowego wprowadzonego do odbytnicy na 22 cm. wstrzyknął do jelit rozczyn 6 gramów kwasu cytrynowego w $^1/_4$ litra wody a następnie zaraz rozczyn 8 gramów dwuwęglanu sodowego również w $^1/_4$ litra wody. Po wyjęciu zgłębnika ściskał pośladki dziecięcia, aby przez otwór stolcowy nie wypuścić kwasu węglowego wywiązanego ze zmięszania co właśnie wymienionych płynów. Skutkiem tego wydął się znacznie brzuch a wkrótce spostrzeżono znikanie obrzmienia kiełbasowatego usadowionego w lewem zagłębieniu biodrowem i wskazującego na siedzibę wgłobienia jelit. Wszystkie przypady niedrożności jelit ustąpiły bardzo rychło a dziecko przyszło niezwłocznie do zupełnego zdrowia. (*La semaine médicale 14. Marca 1894*).

— Gordon Paterson miał w obserwacyi swej matołka czyli kretyna liczącego 19 miesięcy, u którego ciemiączka nie były jeszcze zamknięte, który nie miał jeszcze ani jednego zęba ani nie mógł stać i chodzić. Pić mógł tylko leżąc i z flaszki ze sztuczną brodawką piersiową. Gruczołu tarczykowego nie miał. Wydawał tylko dzikie głosy i nie mógł wymówić ani jednego słowa. Otóż temu kretynowi przepisał G. P. wyciąg z gruczołu tarczykowego; po 5-ciu miesiącach leczenia dziecko miało 5 zębów, mogło samo siedzieć, ciemiączka zamknęły się a inteligencya zaczęła dawać jakieś znaki swego istnienia. Po dalszych trzech miesiącach leczenia miało dziecko 16 zębów, mogło stać samo bez pomocy a nawet ujść kilka kroków. Stan umysłowy poprawił się jeszcze bardziej a dziecko mogło wymówić przynajmniej kilka wyrazów.

Podobny przypadek opisuje J. B. Hellier u kretyna mającego dwa lata i cztery miesiące, który prócz mnóstwa

znanych cech swej choroby nie zwracał na nic uwagi, nie mógł ani chodzić ani stać ani wyrzec jednego nawet słowa. Leczenie przez rok cały tranem rybim, żelazem i arszenikiem tyle tylko zrobiło, że dziecko dostało czterech zębów siecznych i mogło wymówić edynie *da*, *da*. Od początku Lutego roku 1893. zadawał autor owemu dziecku trzy razy tygodniowo po 1·50 grama wyciągu z gruczołu tarczykowego. Już po miesiącu poprawił się stan widocznie a po $4^1/_2$ miesiącach zamknęły się zupełnie ciemiączka, brzuch nabrał rozmiarów prawidłowych, dziecko dostało 12 zębów, jest mocniejsze, może siedzieć bez cudzej pomocy i wydaje się inteligentniejszem, lubo może wymówić tylko jedno słowo. *(The Lancet 4. Listopada 1893).*

— Przeciwko trądzikowi (*acne*) polecają Hebra i Ullmann pomazywanie osutki po kilka razy dziennie płynem:

34) Rp. *Ichthyoli* 5·00
Aetheris sulfurici 10·00
Spiritus vini 20·00

Przeciw zaś wielkim krostom trądzikowym radzą używać maści:

35) Rp. *Bismuthi subnitrici*
Praecipitati albi
Ichthyoli $\widehat{aa}$ 2·00
Vaselini 20·00
MDS. Zewnętrznie. Pomazywać co wieczór idąc spać guzki trądzikowe.

Przeciw ostrej sapce (*coryza*) zaleca S. Stein wkraplanie do każdej dziurki od nosa po dwa lub trzy razy dziennie kilku kropel płynu:

36) Rp. *Uranii acetici* [1] 0·10
Aquae destil. 10·00

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 21. Lutego 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 56.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Kol. przewodniczący przedstawił na członków czynnych: Drów Władysława Szymonowicza i Salomona Lustiga z Krakowa a na członków korespondentów: Dra Józefa Zawadzkiego z Warszawy i Dra Pawła Misiewicza z Niekłania (w Król. Polskiem). Wszyscy czterej przyjęci przez głosowanie.

3) Załatwiono sprawy administracyjne.

4) Kol. Rydygier miał zapowiedziany odczyt: *Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej* przeznaczony do ogłoszenia drukiem w *Przeglądzie Lekarskim.* Dyskusyę nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

5) Kol. Obaliński okazał nerkę wyciętą u chorej z powodu kamicy. Ponieważ przypadek przedstawiał pewne trudności topograficzno-rozpoznawcze, przeto wykonał mówca laparatomię, zbadał stosunki miejscowe co do chorej nerki, która leżała bardzo głęboko po pod żebrami i zaszywszy jamę brzuszną, zrobił drugie cięcie tylno-boczne (Bergmanna); przez to cięcie wydobył nerkę pozaotrzewnowo. W miedniczkach nerki znajduje się kikanaście kamieni. Dyskusyę nad odczytem odłożono.

6) Kol. Walentowicz miał zapowiedziany wykład o promienicy z demonstracyami ciekawego przypadku tej choroby u krowy.

Promienica jest chorobą zwykłą i u bydła bardzo często spostrzeganą, okaz jednak niniejszy jest z tego względem uwagi godnym, iż dozwala widzieć dokładnie, w jaki sposób zakażenie tu nastąpiło. Mianowicie na błonie śluzowej dziąseł szczęki dolnej spostrzega się kilka powierzchownych wrzodzików z charakterystycznemi grudkami promienicy, do których przylegają szczątki roślinne a oprócz tego złożek większy, wnikający do przewodu ślinowego gruczołu podszczękowego. Części roślinne według orzeczenia prof. Janczewskiego złożone są przeważnie z ości jęczmiennych. Że infekcya promienicy nastaje najczęściej przy pośrednictwie źdźbeł oraz że nośnikiem tej zarazy są kłosy i ości jęczmienia, wykazali Brazzola, Johne, Bostroem i wielu innych. Oprócz tego sprawdzono, że grzybek promienicy tylko w pewnym okresie rozwoju a mianowicie żyjąc jako pasorzyt na roślinach, przenosi się na człowieka lub zwierzę, jeżeli zetknie się ze skaleczoną błoną śluzową lub skórą, pozbawioną naskórka. Zakażenie więc pojawić się może po wniknięciu zarazka przez przewód pokarmowy oddechowy lub skórę. Nadmienić jeszcze należy, że przeszczepianie z jednego zwierzęcia na drugie dawało dotychczas wyniki ujemne, tak iż promienica zdaje się, że należy do chorób nie przenoszących się bezpośrednio z jednego osobnika na drugi. (Sprawozd. własne).

Kol. Bujwid jest zdania, że w danym przypadku zdawać się może, że promienica powstała najpierw a dopiero później na miejscach owrzodziałych osiadły ostre źdźbła słomy. Tembardziej jest to prawdopodobne, że źdźbła te są zupełnie nienaruszone i świeże, sprawa zaś trwać musi najmniej kilka miesięcy. Promienica rozwija się w ogólności najczęściej w tych miejscach, gdzie istnieje możność podrażnień mechanicznych a więc na szczękach, kończynach. Mówca widział w Warszawie przypadek promienicy królika w pracowni prof. Hoyera; choroba wynikła niewiadomo w jaki sposób i przypadkowo została wykrytą. Być może, że należałoby szczepić promienicę na szczękach lub na łapkach a wtedy możnaby prędzej przypuszczać możność przyjęcia się zarazka. Wyniki ujemne, przez autorów zaznaczane wynikają zapewne stąd, że szczepi się pod skórę, gdzie zarazek ulega łatwiej zniszczeniu. (Sprawozd. własne).

W odpowiedzi kol. Walentowicz zaznacza, że tu wrzody promienicowe w paszczy są zmianami pierwotnemi, z których jad za pomocą naczyń limfatycznych dostał się do innych części łba, przemawia bowiem za tem charakterystyczne wejrzenie samych wrzodów. Co zaś tyczy się zarzutu, że zmiany chorobowe są starsze a szczątki roślinne w paszczy są dość świeże, muszę nadmienić, że ości z suchego jęczmienia są złożone z komórek zdrzewiałych, które ani w paszczy ani nawet w przewodzie pokarmowym nie ulegają strawieniu i z tego powodu mają bardzo długo pozostawać bez zmian.

7) W dyskusyi nad odczytem kol. Rościszewskiego: *O wpływie kąpieli w solankach jodo-bromowych na przebieg gruźlicy stawów i kości*, wygłoszonym na posiedzeniu dnia 7. Lutego, kol. Korczyński Edward zwraca uwagę na znaczenie rozpraw naukowych lekarzy praktykujących w zdrojowiskach krajowych a w szczególności przyznaje tej rozprawie wszelkie zalety pracy balneoterapeutycznej, opartej na ścisłem spostrzeganiu leczonych przypadków. Zdrojowiska nasze potrzebują koniecznie stałego i ciągłego popierania. Naukowe prace lekarzy zdrojowych w daleko większym stopniu przyczynić się mogą do rozpowszechnienia wiadomości o swojskich zakładach zdrojowych i swojskich uzdrowiskach, aniżeli powszechnie używane a częstokroć nawet nadużywane reklamy. Swojskie zakłady zdrojowe są jeszcze bardzo wdzięcznem polem do pracy naukowej dla każdego lekarza zdrojowego, który stoi na wyżynie współczesnej wiedzy lekarskiej, który zamiłowanie do swej specyalności łączy z miłością kraju i ojczystych zdrojowisk a pragnie przyczynić się do bliższego poznania czynników leczniczych i do bliższego określenia ich zakresu działania w różnych stanach chorobowych. W naszych zakładach zdrojowych tak często pobratymczych ze względu na skład chemiczny zdrojów i na podobieństwo środków balneoterapeutycznych, brak dotąd ścisłego odgraniczenia naukowego szczególnych wskazań do używania zdrojów; istnieje natomiast bardzo często naukowo nieuzasadniona rywalizacya, która zamiast pożytku, przynosi tylko szkodę. Poznać dokładnie działanie czynników leczniczych zdrojowych, ustalić wskazania i przeciwwskazania do ich zużytkowania takowych, wyzyskać dla każdego zdrojowiska to, co mu przyroda dała, a przyznać wyższość każdemu innemu zdrojowisku krajowemu, które na to zasługuje, — oto wdzięczne pole działania dla naszych lekarzy zdrojowych.

Przechodząc do odczytu kol. Rościszewskiego, kol. Korczyński nie wdając się w szczegóły, które co do miejscowego działania kąpiel na rany, przetoki i wrzody, należą do zakresu chirurgii, zwraca uwagę na szczegół, który tak słusznie uwydatnił prelegent, że kąpiele słone działają korzystnie na rany i owrzodzenia tą drogą, że wpływają skutecznie na stan ogólny chorych. Był czas, kiedy nawet bardzo małym ilościom połączeń jodowych w zdrojach mineralnych przypisywano

[1]) otrzymanego przez rozpuszczenie tlenku uranu w kwasie octowym.

znaczenie lecznicze. Trzeźwa rozwaga każe jednak twierdzić, że tylko bardzo mała ilość zdrojowisk zasługuje na nazwę zdrojów jodowych a do nielicznych w tym względzie należą n. p. zdroje w Salzburg, Laixon i Saxon, i zaniechany zdrój w Bóbrce, reszta zaś zawiera połączenia jodowe w takiej ilości, że możność działania ich nawet na rany otwarte, a tem więcej przy używaniu wewnętrznem jest co najmniej bardzo wątpliwa. Kwestya chłonienia soli jodowych przez skórę jest już dawno niekorzystnie rozstrzygnięta. Wody słone a względnie szczawy słone lub solanki tak zewnętrznie jakoteż wewnętrznie używane działają, lecz przeważnie tylko przez swą ciepłotę, obecność mniejszej lub większej ilości bezwodnika węglowego, chlorków a w szczególności chlorku sodu, przyczem domieszki innych połączeń osobliwie węglanów i siarkanów alkalicznych i ziemnych nie są bez znaczenia. Skuteczność wewnętrznie używanych wód słonych opiera się tak na empiryi, jakoteż na doświadczeniach naukowych Reichmana, Jaworskiego, Voita. Eichhorsta i innych, skutki zaś kąpieli słonych lub solankowych, od tak dawna znane tak lekarzom, jakoteż publiczności polegają przedewszystkiem na pobudzeniu przemiany materyi drogą odruchowego drażnienia skóry, jak to pierwsi wykazali Roehring i Zuntz a potem wielu innych. Tem korzystnem działaniem na przemianę materyi, które objawia się powiększeniem wchłaniania tlenu a wydzielania kwasu węglowego a któremu towarzyszy polepszenie trawienia, wchłaniania i powiększenie łaknienia, tłómaczyć należy także korzystny wpływ na gojenie się ran i przewlekłych zapaleń kości i stawów nawet przyrody gruźliczej. Że działanie to ogólne równoważyć a nawet przewyższać może zwiotczający wpływ miejscowy na rany i owrzodzenia kąpiel słonych, to właśnie wykazał kol. Rościszewski swemi spostrzeżeniami. Niepoślednie znaczenie przypisać także należy pobytowi na świeżem górskiem powietrzu i korzystnej zmianie stósunków higienicznych. (Sprawozd. własne).

Kol. Pelczar podaje, że w Truskawcu, w którego wodach nie ma wcale jodu, otrzymał znakomite wyniki lecznicze w jedenastu przypadkach zmięknienia kości (osteomalacyi).

Kol. Gluziński wyraża zdziwienie, że wciągu jednego sezonu kąpielowego kol. Pelczar miał w leczeniu aż tyle przypadków osteomalacyi, która jest cierpieniem w Galicyi względnie rzadkiem i zapytuje, czy to była prawdziwa osteomalacya.

Kol. Pelczar zapewnia, że miał do czynienia z niewątpliwą osteomalacyą, w której otrzymał wyborne wyniki terapeutyczne; szczegółów obecnie nie podaje, gdyż ma zamiar przedstawić je niezadługo w odczycie.

Kol. Korczyński Edward zwraca uwagę, że zdroje w Truskawcu w przeciwstawieniu do Iwonicza i Rymanowa odznaczają się mniejszą ilością węglanu sodowego a za to pokaźną ilością siarkanów potasu i sodu, i większą ilością soli magnowych (osobliwie zdrój Maryi) a zdrój Edwarda obecnością siarkowodu. Podobnie pod względem chemicznym zachowuje się Morszyn i kilka innych solanek we wschodniej części kraju, które obecnie służą wiecej do warzenia soli aniżeli do celów leczniczych. Badania różnicy w działaniu wód Truskawieckich w porównaniu z solanką Rabczańską, z wodami słono-alkalicznemi w Iwoniczu i ze szczawami słono-alkalicznemi w Rymanowie, byłoby bardzo wdzięcznym tematem dla kolegów u wód tych praktykujących. (Sprawozd. własne). Sekretarz: *Dr. Kryński.*

VII. Listy z Przylądka Dobrej Nadziei.

I.

Van Rhyn's Dorp, 20. Stycznia 1894.

Chcąc praktykować w kolonii Przylądka Dobrej Nadziei, trzeba przedstawić świadectwa z egzaminu państwowego, złożonego w Austryi, Holandyi, Niemczech, Rosyi, Szwajcaryi lub W. Brytanii. Licencyi na pięcio-funtowym stemplu, udziela tak zwany *medical council*, czyli rada lekarska, mająca niby znaczenie administracyjne, lecz żadnej władzy. To samo można powiedzieć o służbie zdrowia, reprezentowanej przez powiatowych lekarzy *Districtsurgeons* (77 powiatów i kilkanaście subdywizyi). Departamentu sanitarnego z kompetentną reprezentacyą nie ma, decyzya w sprawach tego rodzaju należy do kolonialnego podsekretarza, będącego najwyższym urzędnikiem po ministrze spraw wewnętrznych (*colonial secretary*). Mamy obecnie naczelnego lekarza dla kolonii, lecz wątpię, czy ktokolwiek zna lub rozumie jego jurysdykcyę. Czynności sanitarnych oficerów ograniczają się zwyczajnie na doglądaniu więzienia, szpitala dla chorych wenerycznych, leczeniu członków miejscowej policyi, zawodowem badaniu kandydatów do służby publicznej i szczepieniu ospy.

Siedzibą powiatowej administracyi jest największa osada, często też jedyna w całym dystrykcie. Bardziej zaludnione powiaty mają władze dodatkowe (*subdistricts*). Przedstawicielem władzy jest t. zw. *Magistrate*, pełniący funkcye sędziego, poborcy podatków i naczelnika policyi. Na ręce jego składają powiatowi lekarze roczne sprawozdania, które przesyłają się do biura podsekretarza kolonialnego.

W ubiegłym roku sprawozdania rzeczone drukiem wydano, by je z odpowiednim elaboratem centralnego rządu odczytać w parlamencie, celem wykazania sanitarnych braków tego kraju.

Kolonia Przylądka Dobrej Nadziei jest krajem bardzo suchym, bezdrzewnym; tylko w kilku południowych powiatach (Humansdorp, Knysna, Oudshorn) są lasy. Reszta kraju pokryta nizkimi krzakami, które rozwijają się w zimie (pora dżdżysta), w lecie nikną. Trawa prawie nieznana tutaj; suche zioła i bezwonne kwiaty zaścielają pola pstrym kobiercem, lecz także nikną w porze suchej. Kraj Buszmanów (północno-zachodnia część kolonii) jest jedynym, który wydaje rodzaj siana, żywiąc tysiące bydła i miliony antylop; jest to kraj szarańczy i mirażu. Gdy go susze zmitręża lub spustoszy szarańcza, wszystko co żyje i żyć pragnie, ciągnie ku żyźniejszemu południowi; sam widziałem 100-tysiączne grupy antylop, które są stałymi gośćmi dystryktów Calvinia i Van Rhynsdorp. Brzegi rzeczne zarosłe wszędzie wysokimi cierniami, które w początku lata wydają żółty kwiat o silnym, odurzającym zapachu. Grunt glinkowaty lub piasczysty, podłoże skalne, granit, kwarc, łupek. Całe góry łupkowe są w bliskości Van Rhyn's Dorp. W gruncie mnóstwo soli, która na powierzchnię miejscami występuje i tworzy białą skorupę. Klimat suchy i ciepły, zwykła temperatura wynosi około $+25°$C., najwyższa, jaką w sprawozdaniach dla pory suchej notowano, była około $+43^1/_2$C. w cieniu. Gwałtowne zmiany ciepłoty w porze dżdżystej i różnice między temperaturą dnia i nocy (w dzień $+20°$, w nocy niżej 0), bywają przyczyną chorób, mianowicie płucnych i gośćca. Zwłaszcza wynioślejsze pozycye podlegają bardzo wybitnym zmianom, sprowadzającym nocne mgły i dżdże w czasie zimy, przykre poszczególnie dla pasterzy, jako mieszkających po namiotach i matowych budkach.

Najdolegliwsze zimno uczuwać się daje około 2giej po północy, szron wszędzie, śnieg w niektórych miejscowościach znany. Gwałtowne wiatry są równie szkodliwe, zimą prawie mroźne, latem gorące, duszne, nieznośne dla nerwów nawet Afrykańczyka. Tutaj, w zachodniej części kraju, szczególną plagą jest wiatr wschodni, który dmie w Styczniu i Lutym po kilka godzin dziennie, gnębi fizycznie i moralnie i nieraz przechodzi w istotny huragan, wznoszący tumany krystalicznego pyłu i trwający po kilka dni z rzędu. Pył ten, prze-

nikając do mieszkań, pokrywa każdy sprzęt brunatną powłoką. Jego szkodliwemu działaniu przypisuję, że prawie każdy farmer tutejszy skrzydełkami (*pterygium*) na obu oczach ozdobiony. Podróżując w zimie nocną porą, napotyka się prądy gorącego powietrza, dążące na południowy zachód Muszą one pochodzić z bardzo daleka. W czasie lata zdarzają się burze suche, bardzo gwałtowne, powietrze w ogóle napełnione elektrycznością w tym sezonie; w Styczniu i Lutym każdy wieczór daje rodzaj iluminacyi nad północną częścią horyzontu a przeciągające chmury świecą się żółtym blaskiem, wydając nieraz błyskawice bez grzmotu. Ciekawem i pięknem zjawiskiem tutejszego lata są również spadające gwiazdy co wieczór w znacznej ilości widzialne. Miraże są też właściwością pory suchej; najczęściej widuje się brzeg morski z pieniącymi się bałwanami, czasem krzaki i drzewa.

Klimat kolonii słynie jako bardzo zdrowy i jego dobroczynnemu wpływowi przypisują tak nieznaczną liczbę epidemii w tym kraju, nieposiadającym żadnych sanitarnych urządzeń. Mojem zdaniem, okoliczność powyższa nie w klimacie znajduje swą przyczynę, lecz w gruncie, który jako skalisty, piasczysty lub glinkowaty, pozbawiony wilgoci, nie przedstawia stósunków dogodnych dla rozwoju mikrobów. Znam miejsca, które choć mają ten sam pyszny klimat, bywają często nawiedzane przez dyfteryę, tyfus i gorączki (*african fever*). Niektóre miejscowości są stałem siedliskiem biegunki, inne (Knysna, Graff-Reinet, Hay, część Przylądka Dobrej Nadziei) zaznaczone w sprawozdaniach jako malaryczne. Woda jest bardzo kosztownym artykułem w kolonii i mamy 3 sposoby do jej zdobywania: 1) źródła naturalne, względnie rzeki, 2) deszcz i sztuczne zbiorniki, 3) studnie. Z dwóch pierwszych korzysta głównie ludność rolnicza (*Burowie, holendboeren*), jakoteż t. zw. *trekboeren* czyli hodowcy-koczownicy, którzy idąc za paszą, wędrują z miejsca na miejsce. Słona woda jest prawidłowem zjawiskiem, nawet w rzekach; cała północna część dystryktu Van Rhynsdorp i Nomaqua Rand innej nie ma prawie; w niektórych miejscach są źródła gorzko słone. Mieszkańcy tych stron przywykli tak do słonej wody, że będąc przypadkowo w miejscowościach, mających miękką wodę, sypią sól do herbaty i kawy. Sztuczne zbiorniki zawierają zwykle małą ilość wody i znaczną ilość gliny i żyjątek, dostrzegalnych dla gołego oka i przeważnie wysychają przez lato. To samo powiedzieć można o większości rzek mniejszych, pełnych w porze dżdżystej, w suchej zaś będących cmentarzem dla zwierząt padłych z głodu, pragnienia i chorób. Żadne przepisy nie obowiązują do prawidłowego grzebania padliny a niechlujstwo zwykłego Bura nie psuje mu gustu do picia z tego samego strumienia, skoro go pierwszy deszcz napełni. Niektóre miasta robią użytek ze źródeł naturalnych, sprowadzając wodę najczęściej za pomocą otwartych kanałów. Wynikiem tego bywa nieraz, że woda czysta u źródła, staje się brudną nim dosięgnie miasta. Skargi na taki stan rzeczy spotykamy w 34 sprawozdaniach, co wynosi prawie połowę ogólnej ich liczby. W niektórych (Clanwilliam, Napier, Steinsburg, Stutterheim), czytamy wyraźnie, że treść wodociągów zaopatrujących dane centra, składa się z ekskrementów, starych szmat, odpadków i t. d. Widywano indywidua, które przy rzeczonych kanałach prały bieliznę lub myły naczynia służące do różnego użytku. Czasami kanały takie dotykają miejscowości murzyńskich lub zagrod dla bydła. Dwadzieścia trzy miast ma dogodność rur, prowadzących wodę z odległości 12—24 mil angielskich.

Czwartem naturalnem źródłem, którego pominąć nie mogę, jest gatunek melona, rosnącego na pustyniach, całkiem pozbawionych wilgoci. Owoc ten, zwany *czama* (po hotentocku) daje dwie filiżanki wody lub więcej i każdy, kto zwiedzał Kalakari lub wędrował na północ do kraju Damara, zna jego użyteczność. Trekboerowie, ciągnący przez owe pustynie w sezonie melonów, zakopują w piasku stosy tego owocu, by nie zginąć z pragnienia gdy będą wracać na południe. Buszmanom służy *czama* do dwojakiego użytku, gdyż jej ziarna, zmełte na mąkę, stanowią rodzaj pokarmu.

Dr. Alfons Marcinkowski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Marca 1894 r.

— W ubiegłą środę dnia 21. b. m. odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie zwyczajne. Przewodniczący kol. Kwaśnicki zawiadomił, iż kol. prof. Cybulski odmówił wzięcia udziału w komisyi słownikowej; w miejsce jego wybrany został kol. Kryński. Kol. prof. Rydel mówił o mechanicznem leczeniu jaglicy i okazał szczypczyki Knoppa do wygniatania ziaren jaglicowych, których używa w swej klinice okulistycznej. W dyskusyi brali udział kol. Sroczyński i prelegent. Kol. prof. Obaliński miał zapowiedziany odczyt o wskazaniach do salpingotomii. W dyskusyi wzięli udział koll. prof. Mars, Braun, Trzebicky i prelegent.

— Wbrew ogłoszenia, według którego udający się na międzynarodowy kongres lekarski do Rzymu mogli za zniżonemi w cenie biletami kolejowemi wjeżdżać do Włoch jedną a wyjeżdżać z Włoch jakkolwiek inną stacyą według własnego wyboru, ograniczono teraz wjazd i wyjazd do jednej i tej samej stacyi z wyjątkiem Chiasso a względnie Lusico i Modane, względnie Ventimiglia. Kto więc chce mieć co do wjazdu i wyjazdu zupełną swobodę, musi kupić sobie bilet do podróży okrężnej.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny zagai osobiście J. C. W. Arcyksiążę Karol Ludwik. Wieczór powitalny odbędzie się w gmachu i ogrodzie muzeum. Miasto Budapeszt przyjmie członków kongresu uroczyście na wieczorze w salach redutowych. Dzień 6. Września przeznaczono na zwiedzanie systematyczne miasta i jego zakładów i zbiorów, tudzież na wycieczki, jak do Balatonfüred-Siofok, na zaproszenie księcia Mikołaja Esterhazego do jego rezydencyi w Totis, na Górę Szwabską, wyspę św. Małgorzaty i t. d. Do wycieczek po kongresie dodano jeszcze zwiedzenie Szmeksu w Tatrach, Zagrzebia i Rjeki, tudzież Bosnii i Hercegowiny. Z zagranicy zapowiedziano na kongres dotychczas, t. j. prawie na 6 miesięcy przed jego otwarciem, 362 odczytów higienicznych a 78 demograficznych.

— W Pradze panuje od dwóch miesięcy dur (*typhus*) epidemicznie. Doniesiono w Styczniu o 38 a w Lutym o 262 przypadkach. Podług zdania sprawy Dra Zahoŕa, fizyka miejskiego, przyczyną tej epidemii jest nieczystość po domach, nagromadzenie się materyj kloacznych, niedostateczne zamiatanie ulic a nadewszystko zła woda do picia.

— Największe towarzystwo lekarskie angielskie, *British medical Association*, liczy obecnie 14.703 członków a organ jego *British medical Journal* najwięcej abonentów ze wszystkich dzienników lekarskich na kuli ziemskiej.

— W ubiegłym roku szkolnym było w uniwersytecie paryskim 1358 cudzoziemców, studentek 343, z których 172 cudzoziemek. Na wydział lekarski uczęszczało 155 kobiet, z których było tylko 16 francuzek.

Redakcya otrzymała:

Prof. Dr. Antoni Mars: Nauka o operacyach położniczych. Część I. Zabiegi położnicze pomniejsze. Kraków 1894. (Duże 8⁰, str. 58).

Stanisław Rybicki: O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny u człowieka z krytycznym poglądem na metodę Pasteura. Warszawa 1894. (4⁰, str. 122. Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 496.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Gwoźdźcu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże.

Okręg sanitarny w Gwoźdźcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego winni się wykazać oprócz dostatecznych fizycznych zdolności także wymogami określonemi w §. 7. ust. z dnia 2. Lutego 1891 r. (Nr. 17. Dz. ust. i rozp. kraj.).

Podania wnieść należy do Wydziału powiatowego najdalej do 25. Marca b. r.

80—3—3 ***Wydział powiatowy w Kołomyi.***

L. 784.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Sanoku z płacą roczną 500 złr. rozpisuje Magistrat konkurs do czterech tygodni.

Wymaganym jest dowód uzyskanego dyplomu wszechwiedzy lekarskiej i dwuletniej praktyki.

Po roku służby prowizorycznej nastąpi stabilizacya.

84—3—2 ***Magistrat król. wol. miasta w Sanoku.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 31. Marca 1894 r. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O nowszych wskazaniach do salpingotomii.

Rzecz wyłożona w Towarzystwie lek. krak. w dniu 21. Marca 1894 r.

Podał

Prof. Dr. A. Obaliński.

Nie ma prawie lekarza, któryby mając jaką taką praktykę lekarską nie spotkał się co pewien czas z przypadkiem zarośnięcia przewodu rodnego czy to wrodzonego czy też nabytego, jakoteż z następstwami ztąd pochodzącemi a mianowicie z zatrzymaniem powyżej krwi miesiączkowej; nie mówię już o ginekologach specyalistach, dla których stany te należą do rzeczy powszednich.

Wiadomem było wprawdzie ogólnie, że nie tylko w pochwie i macicy zatrzymać się mogą ich wydzieliny (*haematocolpos*, *haematometra*), lecz że podobna sprawa odbywać się może również i w trąbkach (*haematosalpinx*); ostatni ten objaw uważano nawet za dosyć niepomyślny a to z powodu, że znane były przypadki, w których przyszło do zejścia śmiertelnego wskutek pęknięcia rozdętej w ten sposób trąbki i dostania się treści jej do worka otrzewnowego.

Leczenie tych stanów ograniczało się do niedawna do przywrócenia drożności naturalnej, jeżeli to było możliwem, lub też od strony jam sąsiednich, jak pęcherza moczowego i odbytnicy (Baker-Brown), chociaż i te zabiegi niejednokrotnie kończyły się śmiercią, której przyczynę sekcya wykazała w pęknięciu rozdętej trąbki.

Dopiero K e h r e r o w i zawdzięczamy bliższe wyjaśnienie tych spraw; w 34-ym tomie roczników *Archiv für Gynaecologie* ogłosił bowiem z jego kliniki F u l d obszerną pracę, w której zebrał wszystkie dotąd w tym przedmiocie ogłoszone przyczynki, z czego nasunął mu się wniosek, że rozdęcie trąbki przy zwężeniu przewodu rodnego wymaga w pewnych razach jej wycięcia (*salpingotomii*) a to na następującej podstawie 1) że z 65 w literaturze zebranych przypadków tego rodzaju aż 48 zakończyło się śmiercią (73.8%), z czego znów aż 39 po przedsięwzięciu rękoczynów mających na celu opróżnienie pochwy lub macicy, również zatrzymaną wydzieliną rozdętych, a tylko 9 bez poprzedniej operacyi. 2) że w 17 szczęśliwie zakończonych przypadkach 15 razy wykonano rękoczyn a tylko 2 razy natura sama sobie otworzyła drogę na zewnątrz. Z tych 15 operacyj było 6 nacięć od strony pochwy bądź to wprost na rozszerzone trąbki, bądź też na zaporę w pochwie lub macicy, raz uskuteczniono to za pomocą głębokiego sondowania macicy a raz przez punkcyę, siedm zaś razy za pomocą laparotomii. W tym samym tomie roczników ginekologicznych podaje L e o p o l d dwa dalsze a w 39 nrze *Deutsche Med. Woch.* 1893. M e y e r z kliniki C z e r n e g o dziesiąty przypadek.

Z tych 10 przypadków operowano jednę połowę przy pojedynczym przewodzie rodnym a drugą przy podwójnym, a te ostatnie o tyle zasługują na większą uwagę, że rozpoznanie natrafia w nich na bardzo znaczne trudności, zkąd pochodzi, że tylko w trzech z nich przystępowano do operacyi z świadomością stanu, w dwóch zaś wyjaśniła się rzecz dopiero przy laparotomii rozpoznawczej. Tylko w dziewięciu z nich wykonano salpingotomię, w jednym (Trzebicky) przetokę z macicy przez ranę laparotomijną.

Uderzającą jest rzeczą, że wszystkie te 10 przypadków zakończyły się pomyślnie, co dziwnie odbija od powyżej podanego odsetka śmiertelności, jaki się okazał przy prostem opróżnieniu przewodu rodnego od dołu. To też słusznie żądają K e h r e r, L e o p o l d i C z e r n y, aby w tych przypadkach ginatrezyi o podwójnym przewodzie rodnym, w których wykazać można krwistek trąbkowy, odrazu przystąpić do laparotomii a w danym razie do salpingotomii; tam zaś, gdzie przewód rodny jest pojedynczym, należy go opróżniać zwyczajnym sposobem a więc od dołu, lecz zwolna a po opróżnieniu pochwy a względnie i macicy jeszcze dokładnie zbadać, czy nie ma w jamie brzusznej guza, o obecności krwisteku trąbkowego świadczącego, a gdyby o nim poprzednio wiedziano, przeczekać i obserwować, czy guz ten także się zmniejsza; w przeciwnym razie należałoby zaraz wykonać laparo-salpingotomię. Przypadki bowiem śmiertelnie zakoń-

czone i sekcyonowane, jakoteż dotychczasowe laparotomije wykazują, że przyczyną śmiertelnych zejść bywa ta okoliczność, iż krwistek trąbkowy połączonym bywa zrostami z sąsiednimi organami, co prowadzi do pęknięć lub skrętów w nim a w dalszem następstwie do zgorzeli w ścianach jego i zapalenia otrzewny.

Gdy dotychczasowa liczba przypadków, jak to wyżej wykazałem, bardzo jeszcze jest szczupłą, gdy dalej każdy przyczynek w tym względzie jest nader pożądanym, przeto mając niedawno sposobność postrzegania i operowania podobnego przypadku podaję go niniejszem do wiadomości szanownych kolegów.

W dniu 17. Grudnia 1893 r. zgłosiła się w ambulatoryum pawilonu chirurgicznego 15-letnia Regina S. z Witanowic skarżąc się na bóle w dolnej części brzucha i mimowolne oddawanie moczu. Gdy badanie przezemnie i obecnego przypadkiem prof. Marsa wykazało zarośnięcie pochwy z krwistekiem macicy a prawdopodobnie pochwy i trąbki, oświadczyłem się, pomny na powyżej wymienione przestrogi, za laparotomią a względnie salpingotomią i w tym celu chorą do oddziału przyjąłem.

Wywiady wykazały, że dziewczę to dotąd regularności nie miało, że, odkąd pamięcią sięga, oddaje mocz bezwiednie, że z powodu tej ostatniej wady miano już przedsiębrać jakieś zabiegi (podobno usunięcie polipów z ujścia zewnętrznego cewki moczowej) i że od miesiąca wystąpiły bóle po nad wzgórkiem łonowym, gdzie też wkrótce spostrzegła guz dosyć łatwo namacalny.

Badanie: U osoby zresztą zdrowej i odpowiednio do wieku dosyć dobrze rozwiniętej i miernie odżywionej widzimy nad wzgórkiem łonowym, już dosyć obficie porosłym, dwa guzy, z których jeden wielkości cytryny i trochę poruszalny, położony nieco ku lewej stronie, a drugi wielkości sporej pomarańczy, zwrócony więcej ku stronie prawej, wydaje się nieporuszalnym. Srom niewieści zupełnie prawidłowy z wyjątkiem tego, że ujście cewki moczowej jest nadmiernie rozwarte tak, że z łatwością przez nie palcem wejść można do pęcherza moczowego, przyczem wyczuwa się przez tylną ścianę guz wypukły, mocno napięty, lecz chełboczący. Błona dziewicza prawidłowa a po za nią przewód $1^1/_2$—2 ctm. długi (*canalis vulvaris*), kończący się ślepo bez przystępu do pochwy. Palec wprowadzony do odbytnicy wyczuwa tuż po nad zdziergaczem rozpoczynający się guz elastyczny, chełboczący i zostający w związku z poprzednio opisanymi guzami.

Na tej podstawie rozpoznaliśmy: *Atresia vaginae congenita, haematocolpos, haematometra et haematosalpinx verosimiliter ambilateralis,* nie wykluczywszy jednak możebności macicy jednorożnej, w którym to razie jeden guz odnieśćby należało do trąbki a drugi do macicy.

Pozostawało do rozstrzygnięcia, czy pójść za radą Leopolda, t. j. otworzyć od dołu i wyczekiwać, czy wszystkie guzy się opróżnią, czy też od razu wykonać laparotomię. To ostatnie wydało mi się racyonalniejszem w obec okoliczności, że często wydarzają się zrosty.

Zdecydowawszy się na laparotomię przystąpiłem w d. 19. Grudnia do jej wykonania przy ułożeniu miednicy w górze sposobem Trendelenburga. Po rozcięciu powłok brzusznych przedstawił się przedewszystkiem guz lewy, który kształtem swoim fajkowatym z rozdętym zewnętrznym a cieńszym dośrodkowym końcem i wężykowato się wijącym nie pozwalał ani na chwilę powątpiewać, że jestto rozdęta trąbka lewej strony. Bliższe obejrzenie jego wykazało nadto, że część jego zewnętrzna połączona jest ściśle za pomocą zrostów z jelitami. Po stronie prawej znaleziono też guz wielkości małej cytryny, ruchomy, lecz szeroko osadzony na guzie trzecim, ze wszystkich największym, chełboczącym i małą miednicę w zupełności wypełniającym. Oba te guzy musieliśmy uważać za macicę i pochwę rozdęte a to tem bardziej, że od mniejszego z nich odchodziła ku prawej stronie prawidłowa trąbka przylegająca do prawidłowego jajnika. Oddzieliwszy tedy rozdętą trąbkę lewą od jelit i podwiązawszy koniec jej przymaciczny i więzadło szerokie usunąłem ją zupełnie, po czem ranę brzuszną zamknięto i do wypuszczenia płynu w pochwie nagromadzonego od dołu przystąpiono. W tym celu ułożono chorą na stole operacyjnym w położeniu zwyczajnem, nacięto zbitą tkankę znajdującą się za błoną dziewiczą i otworem tym wypuszczono około $^3/_4$ litra ciemnego płynu krwawego. Po kilkakrotnem przestrzykaniu jamy tej rozczynem kw. borowego wytamponowano otwór do niej prowadzący zwitkiem gazy jodoformowej, obok której ciecz brudno krwawa dalej zwolna się sączyła. Tampony te zmieniano co drugi dzień. Reakcya po operacyi była bardzo nieznaczna; mocz odpływał bezwiednie jeszcze przez kilka dni, po czem chora z każdym dniem pozyskiwała coraz większą władzę nad swym pęcherzem. Po tygodniu odjęto szwy w ranie laparotomijnej, prawie już zagojonej. Bóle dawniejsze ustąpiły zupełnie.

Po dwóch tygodniach wykazało badanie zestawione stan następujący: W miejscu naciętej pochwy znajduje się otwór swobodnie palec przepuszczający, pochwa dosyć szeroka, o ścianach nieco grubszych i wyraźne fałdy okazujących, część pochwowa gruba, ukształtowana, na $1^1/_2$ ctm. do pochwy sterczaca, o ujściu okrągłem, zaledwo koniec palca przepuszczającem, szyja ku górze lejkowato się zwężająca tuż po za ujściem zewnętrznem. W sklepieniu przedniem można ku stronie prawej czuć dalszy ciąg szyi macicy grubszej i dłuższej, niż w stanie prawidłowym; trzon macicy prawidłowych rozmiarów. Po stronie lewej czuć tylko nieco większy opór nad sklepieniem. Bolesności, ani żadnego nacieku nigdzie wykazać nie można.

Tak więc mój przypadek, jako dziesiąty z rzędu, wyleczony przez salpingotomię, stwierdza wypowiedziane już zdanie, że w razie ginatrezyi połączonej z krwistekiem trąbkowym, czy to na pewno rozpoznanym czy też tylko podejrzywanym, bezpieczniej jest operować drogą laparotomii a w szczególności salpingotomii, niż prostego otwarcia przewodu rodnego od dołu. Przypadki krwisteku trąbkowego przy podwójnym przewodzie rodnym mogą być bardzo efektowne, osobliwie jeżeli je rozpoznano nie podczas próbnej laparotomii, lecz przedtem; jednak wyznać muszę, że przypadki tego rodzaju, jak właśnie co przezemnie podany, są dla lekarza praktyka może więcej pouczające, gdyż chronią go przed wykroczeniem od bardzo zbawiennej zasady: *primum non nocere.*

II. Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy przy równoczesnem stósowaniu kąpieli w solankach jodowo-bromowych.

Według wykładu wygłoszonego w krakowskiem Tow. lekarskiem dnia 7. Lutego 1894.

Podał

Dr. Rościszewski.

Gruźlica, w której nasze dotychczasowe środki zwykle nas zawodzą, słusznie stanowi ciągle przedmiot badań lecz-

niczych. Chirurgia nowoczesna, tak radykalna, mogła spodziewać się, że przynajmniej miejscową gruźlicę czy to kości, czy stawów, skóry, czy też gruczołów limfatycznych uda jej się leczyć doszczętnie; doświadczenie jednak pokazało, że niezawsze a często nawet i tam, gdzie nam się zdaje, żeśmy usunęli wszystkie chore tkanki a pozostawili tylko zdrowe, powraca choroba. To też chcąc temu zapobiedz niemożna zaniedbać obok chirurgicznego leczenia także ogólnego, żeby z jednej strony wzmocnić ustrój i dać mu siłę do zwalczenia choroby, z drugiej wprowadzeniem właściwych środków do ustroju działać wprost na samą sprawę chorobową. Do poważnych środków leczniczych należy niezaprzeczenie leczenie zdrojowo kąpielowe solankami jodowobromowemi.

Podczas pobytu mego w Iwoniczu nadarzyła mi się sposobność leczenia większej liczby, bo przeszło siedmdziesięciu przypadków gruźlicy. Przypadki te zwróciły moją uwagę, albowiem podczas leczenia kąpielowego spostrzegałem objawy takie, jakich się zwykle nie spostrzega i to mi dało pohop do podjęcia niniejszej pracy.

Przypadki gruźlicy, które leczyłem w Iwoniczu, mogę podzielić na dwojakie, a mianowicie: 1) przypadki zmian gruźliczych stawów i kręgosłupa bez przetok, 2) przypadki gruźlicy z ranami otwartemi czy to gruźlicy stawów z przetokami, czy też ognisk gruźliczych skóry i t. p.

Co się tyczy pierwszych przypadków, to muszę zwrócić uwagę, że głównie miałem w leczeniu przypadki ze zmianami gruźliczemi stawów kończyn dolnych i kręgosłupa. Mając do czynienia z pacyentami, przeważnie dziećmi, których rodzice wręcz chcieli, aby dzieci chodziły, używały świeżego powietrza i codziennie się kąpały, napotykałem w leczeniu na trudności. Trudność ta polegała na tem, że nie mogłem zadośćuczynić pierwszemu i najważniejszemu wskazaniu, t. j. unieruchomieniu stawów, a tem samem i leczenie musiałem uważać za niedostateczne i nierokowałem sobie w tych okolicznościach dobrych wyników. Aby jednak o ile możności uzyskać dla chorych jak najwięcej korzyści z leczenia a równocześnie nie zmuszać ich do leżenia w łóżku, postanowiłem zabezpieczyć chore kończyny, o ile by się to tylko dać mogło, w następujący sposób: zapomocą opatrunków stałych unieruchomiałem same stawy, które się unieruchomić dały, jak staw kolanowy, skokowy, polecając zarazem tak tym chorym, jakoteż chorym z zajęciem gruźliczem stawu biodrowego, którego unieruchomienie za pomocą opatrunku było zbyt trudnem, chodzenie na kulach. Aby zaś chora kończyna nie dotykała się ziemi, używałem, jak to się zwykle robi w takich razach, podwyższenia podeszwy i pięty nogi zdrowej.

W ten sposób starałem się uzyskać przynajmniej względne ustalenie stawu. Co się tyczy opatrunków, jakich używałem do ustalenia stawów, to najpierw używałem szyn gipsowych. Niedługo jednak musiałem je zarzucić, gdyż były zbyt ciężkie i przy codziennem zdejmowaniu ich przy kąpieli łamały się prędko, zacząłem więc używać szyn drewnianych nieco wyżłobionych, przymocowanych zwykłą opaską kalikotową, lecz opatrunek ten bardzo dobry, gdy chory leży w łóżku, okazał się zupełnie nieodpowiedni dla chorych chodzących, gdyż szyna rychło obluźniała się i opatrunek nie trzymał dostatecznie. Zwróciłem się więc do opatrunków z organtyny krochmalnej, które wzmacniałem przez dodanie cienkiej szyny drewnianej. Wobec tego, że, jak wiadomo, opatrunek taki w dwa dni po założeniu zwykle jest już dostatecznie suchy, mogłem go po dwóch dniach przeciąć i przyrządzić do częstego zdejmowania i zakładania. Zalety tego opatrunku były odrazu widoczne, nietylko bowiem zyskiwałem dobre ustalenia stawów, ale nadto opatrunek taki odznaczał się lekkością i elastycznością, tudzież łatwością zakładania i zdejmowania. Przed kąpielą opatrunek taki zawsze zdejmowano a zakładano zaraz po kąpieli. W ten sposób można było pozwolić chorym kąpać się codziennie, a pomimo to uzyskać ustalenie stawów, przynajmniej względne.

W przypadkach zmian gruźliczych kręgosłupa zyskiwałem toż samo używając krochmalnych gorsetów. Chciałem zakładać gorsety z przyrządami mającymi na celu wyciągnięcie kręgosłupa przez pociąganie głowy ku górze, to jednak nie dało się wykonać, z powodu trudności zrobienia takiego przyrządu w miejscu kąpielowem, potem też dla tego, że rodzice na tę propozycyą przystać nie chcieli, albowiem przyrząd taki jest zbyt rażącym.

Przypadków zmian gruźliczych kręgosłupa miałem w leczeniu pięć. Wszystkie te dzieci miały się podczas leczenia dobrze, bóle w kręgosłupie ustawały, dzieci nabierały siły i dobrego, zdrowego wejrzenia. Najwybitniej wystąpiły wyniki leczenia u chłopca 8 letniego, słabego, wątłego, obarczonego garbem wielkości pięści w środkowej piersiowej części kręgosłupa, pokrytym skórą sinawą, bardzo bolesnym za dotknięciem. Chłopiec chodził tylko z trudnością powoli, mocno zgarbiony, opierając się rękami o kolana; każdy ruch był bardzo bolesny. Założyłem mu gorset do zdejmowania, nadto, aby o ile możności uniknąć wszelkiego wstrząsania, które chłopiec odczuwał nawet podczas powolnego chodzenia, poleciłem go nosić na rękach i kąpać codziennie. Z każdym dniem bolesność zmniejszała się wyraźnie, chłopiec po kilku dniach oparł się już temu, żeby go noszono i począł sam w gorsecie chodzić bez opierania się o kolana i bez bolesności, a po 12 dniach mogłem przekonać się o małem zmniejszeniu się garbu.

Po 32 kąpielach zrobiłem próbę chodzenia bez gorsetu i ta wypadła zupełnie pomyślnie. Zadowolony tym wynikiem przystałem na żądanie matki, która chciała już koniecznie jechać do domu, zastrzegając jednak, żeby dziecko dalej nosiło gorset.

Prócz powyższego ortopedycznego i kąpielowego leczenia używałem w przypadkach zmian gruźliczych stawów tak przez wielu chirurgów zalecanych, wstrzykiwań sterylizowanego jodoformu z gliceryną do zajętych stawów w ilości 0·10—0·30 jodoformu na raz, powtarzając wstrzykiwania mniej więcej co dni sześć. Nadmienić tu muszę, że ani razu nie spostrzegłem zapalnego odczynu po tym zabiegu, dzieci zwykle już po kilku minutach po wstrzyknięciu nie skarżyły się na żadną bolesność, a w niektórych tylko przypadkach trwał ból po kilka do kilkunastu godzin.

Wszystkie przypadki, które miałem w leczeniu, zmian gruźliczych stawów bez przetok tyczyły się kończyn dolnych. Razem leczyłem w ten sposób 12 przypadków. Z wyniku tego leczenia byłem bardzo zadowolony, bóle bowiem u dzieci zmniejszały się i ustawały zupełnie, obrzęki stawów zmniejszały się a w sześciu przypadkach zupełnie ustąpiły, w jednym nawet przypadku chełbotanie, które można było wykazać w stawie, ustąpiło po 14 kąpielach i 2 wstrzyknię-

ciach jodoformu. Najlepszy wynik uzyskałem w pięciu przypadkach zmian gruźliczych stawu kolanowego. Jedno z tych dzieci po 5 tygodniach, dwoje po czterech, a jedno już po trzech tygodniach chodziło o lasce bez bólu, podczas gdy w chwili przyjazdu do Iwonicza z powodu znacznej bolesności wcale na nóżkę nastąpić nie mogły. Obrzęki stawów u tych chorych ustąpiły prawie zupełnie po trzydziestu kilku kąpielach i 4—6 wstrzyknięciach jodoformu.

W dwóch wreszcie tylko przypadkach było leczenie bezskuteczne; w obu rozchodziło się o to, że dzieci były bardzo licho odżywione i nędznie zbudowane, a zmiany chorobowe zbyt daleko posunięte. Nadto w jednym z tych, oboje rodzice byli nawiedzeni daleko posuniętą gruźlicą.

(Dokończenie nastąpi).

III. O obłąkaniu moralnem ze stanowiska antropologii kryminalnej.

(Według własnego wykładu habilitacyjnego w d. 21. Lutego 1894).

Podał
Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Poszukiwania i rozległe studya w zakresie antropologii kryminalnej dokonane przez Lombrozę i zwolenników nagromadziły olbrzymi materyał fizycznych i życiowych znamion zbrodniarzy. Zanadto przekroczyłbym ramy tego wykładu, gdybym chciał je dokładnie przedstawić i omówić.

Wspomnę tylko, że już pojemność czaszki wedle badań Lombrozy bywa u zbrodniarzy mniejszą, niż u ludzi prawidłowych, mniejszą u złodziei niż u morderców, że mikrocefalia, rzadziej makrocefalia, głowy ze spłaszczonem tyłogłowiem, z czołem skośnem (*fliehende Stirn* u złodziejów), z mocno rozwiniętemi szczękami (u morderców), głowy asymetrycznie wypuklone lub ścieśnione należą do zwykłych zjawisk w świecie zbrodniarzy a przypominając kształty niżej ustrojowych istot, zwłaszcza małp, stanowią znamię atawizmu. Badania Benedikta, Broca, Schwekendicka, Chudzińskiego i t. d. nad zachowaniem się zwojów i rowków w mózgach zbrodniarzy wykazały wiele nieprawidłowości. Najczęściej spotykano nieprawidłowe łączenie się rowków, rzadziej przedzielenie lub zdwojenie zwojów lub mostkowate pokrycie rowków. Po nadto spostrzegano i takie nieprawidłowości, które już należy odnieść do rzędu zboczeń patologicznych n. p. brak spoideł i t. d.

Podobnie jak głowa i mózg, tak i reszta ciała może się wyróżniać asymetryą budowy od stanu prawidłowego.

Do tych znamion należy zaliczyć wadliwy rozwój małżowin usznych n. p. małżowiny zbyt wielkie lub zbyt małe, odstające, z płatkami przyrośniętymi do skóry policzków, brak zarostu na brodzie lub silny i nie siwiejący zarost, wadliwy lub niezupełny rozwój części płciowych, gęste i kręte włosy głowy, ciemna barwa skóry i t. d. Niektóre z tych znamion cechują wprost rodzaj zbrodniarza. I tak n. p. słaby rozwój zarostu na twarzy, obfita podściółka tłuszczowa, szerokie i odstające biodra, przejrzysta cera skóry, tęskne spojrzenie oka, słowem więcej niewieścia powierzchowność zdarza się często u kinedów czyli biernych pederastów, którzy nie tylko przez nierząd przeciwny naturze, ale i przez tak zwaną *chantage* (*Erpresserthum*) t. j. przez wymuszanie opłat pod groźbą wydania w ręce władzy pederastów czynnych, słusznie zaliczają się do rzędu zbrodniarzy.

Bujny i długo nie siwiejący zarost głowy piętnuje zdaniem Ellisa kobiety z silnie rozwiniętym popędem płciowym i dzieciobójczynie. Lombrozo potwierdził spostrzeżenia doświadczonych ajentów policyjnych, Clauda i Vidocqa, że ręce morderców bywają wielkie i długie; Marro spostrzegał u złodziejów najczęściej ręce długie a wąskie.

Biologia zbrodniarzy dostarcza również wielu szczegółów, które skłaniają do objęcia ich w oddzielny typ ludzi. Przekonano się, że zbrodniarz nie podlega zmartwieniom i troskom, po dopełnieniu zbrodni nawet w więzieniu lub kiedy podąża na szafot, nie traci przytomności i humoru. Wszakżeż Vaillant stojąc przed gilotyną wołał jeszcze: „Niech żyje anarchia, śmierć mieszczaństwu!“ Jak względem psychicznych urazów, tak i względem urazów fizycznych okazuje się urodzony zbrodniarz odpornym; najboleśniejsze rękoczyny znosi dość obojętnie. Z tą, że tak powiem, analgezyą łączy się u nich, wedle spostrzeżeń Lombrozy, znaczne osłabienie odruchów naczyniowych.

W sferze zmysłów wykazują badacze różne zboczenia, i tak spotykał u nich Ottolenghi często się powtarzające ścieśnienie pola widzenia, natomiast bystrość naocznego widzenia bywa u nich zwykle prawidłową; w zmyśle słuchu dostrzegł Gradenigo obok przytępienia słuchu na tle zapaleń ucha środkowego, często stany takie same, jak tak zwana *presbycusis*, które uważa za objaw zwyrodnienia. Czucie, dotyk, bywają w różnym stopniu upośledzone; raz są zaostrzone, innym razem przytępione.

Czynność mięśni może ulegać pewnym zboczeniom, jak drgawkom ograniczonym do pewnej grupy mięśniów (n. p. *tic convulsif*) lub drgawkom ogólnym w postaci padaczki, pląsawicy i t. d.

Narzecza zbrodniarzy mimo ich odmiennej szczepowości i pochodzenia mają wiele ze sobą podobieństwa, dowodzącego niemal wspólności ich pierwiastku. Upodobania pewne n. p. do tatuowań i inne skłonności są im również wspólne mimo różnego ich pochodzenia, słowem, zbrodniarze stanowią między sobą wspólny, od reszty ludzi odrębny typ.

Przeciwnicy teoryi atawizmu i dziedziczności popędów do zbrodni, uznają wprawdzie zjawisko powtarzania się skłonności do zbrodni w pewnych rodzinach, lecz przyczynę upatrują w otoczeniu (*milieu*), wśród którego rozwija się dana jednostka; ich zdaniem grają tu główną rolę wychowanie i wpływy socyalne, jak w ogóle i prawnicy uważają zbrodnię za objaw socyalny. W tym względzie zadał dotkliwy cios nauce Lombrozy ostatni zjazd antropologów kryminalnych w Brukselli w r. 1892.

Jeden z uczestników przedostatniego zjazdu antropologicznego, Magnan zwrócił uwagę, że u wielu zbrodniarzy, których miał sposobność badać, zmian w formie zewnętrznej nie było, lub też były zaledwie zaznaczone. To też, jego zdaniem, nie wystarczają fizyczne zmiany dotąd spostrzegane do utworzenia pewnego typu odrębnego, co więcej nawet, przypisuje on tym zmianom podrzędne znaczenie. Sąd swój ostateczny w tej mierze określa temi słowy, że popędy zbrodnicze u człowieka prawidłowego wynikają z wpływów, jakie stanowią zmienny bieg życia, nieszczęścia, pokusa i t. d.

Człowiek okazujący od urodzenia zbrodnicze popędy, jest dziedzicznie umysłowo zwyrodniałym i chorym.

Benedikt występuje wprawdzie w obronie teoryi Lombrozy, dowodząc, że nie ma przyczyny wyszydzania tej nauki, wszakżeż wskazuje ona atypowość w budowie głowy a ta usposabia jednostki do chorób umysłowych i często bywa znamieniem choroby mózgu, z drugiej jednak strony nie uznaje on odrębnej antropologii kryminalnej, gdyż znamiona fizyczne zbrodniarzy są cechami atypowości i zwyrodnienia człowieka. Wszak makrocefalia stanowi w jednym przypadku doskonałość umysłowego rozwoju, innym razem jest ona cechą zwyrodnienia; asymetrye w budowie czaszki mogą być zmianami kompensacyi rozwojowej!

Wreszcie występuje Baer w obszernej swej monografii przeciw teoryi Lombrozy, odmawiając zasadniczego znaczenia kranioskopii Carusa, kraniometryi i cefalometryi. Jego zdaniem pojemność czaszek większej części zbrodniarzy nie różni się zupełnie od pojemności czaszek ludzi zdrowych.

Wadliwą budowę czaszek zbrodniarzy odnosi on nie do zwyrodnienia, lecz do sprawy krzywiczej, nagabującej ich często, zwłaszcza, że większość ich pochodzi z gminu, żyjącego w najgorszych stósunkach higienicznych. Baer a podobnie i Naecke nie uznają znamion fizycznych ani psychicznych, podanych przez Lombrozę. Okoliczności życia stwarzają znamiona antropologiczne zbrodniarza zarówno u istotnych zbrodniarzy, jak i u niezbrodniarzy wśród nich żyjących.

Oto przedstawiłem Panom zarys tych poszukiwań i studyów oddawna poczynionych nad światem zbrodni, a które wznowiła ruchliwa pozytywna szkoła włoska z Lombrozą na czele w ostatnich lat dziesiątkach.

Zapytacie się mnie zapewne, Panowie, jakiż jest cel tych badań i jakie z nich wynikają wskazówki praktyczne dla lekarza sądowego?

Cel badań jasny; skoro teorya włoskiej szkoły pozytywnej uznaje zbrodniarzy za urodzonych z defektem moralnym, przeto dąży ona do zmniejszenia ich winy, zmniejszenia ich odpowiedzialności, do leczenia ich wpajaniem modeł etycznych w miejsce przewrotnych od urodzenia. Naturalnie, że cel ostatni, cel osiągnięcia harmonii między poczuciem etycznem zbrodniarzy a poczuciem reszty społeczeństwa jest illuzorycznym, „gdyż ani czas ni siła nie zniweczy skończonego kształtu, co żyjąc się rozwija“.

Jakież stanowisko ma zająć lekarz sądowy wobec zbrodniarzy?

Zadaniem lekarza sądowego jest wykazać, czy indywiduum, które wykroczyło przeciw zasadom etyki, było świadomem przewrotności swego czynu i czy było w stanie sprzeciwić się popędowi.

Co do pytania, czy przestępca lub zbrodniarz był świadomym przewrotności swego czynu, to najczęściej okazuje się, iż on dobrze wie, że za czyn, zwany przez ogół zbrodnią, naznaczona jest kara; przekonanie zaś to wystarcza zupełnie do uznania go za poczytnego. Wie zaś on, że pewne czyny są zbrodnią i ulegają karze, ponieważ sfera rozumu u niego nie jest upośledzoną; jednak nie ma on poczucia, dlaczego ogół zbrodnię potępia, gdyż nie ma u niego całkiem poczucia moralności lub stanowi ono zaledwie suchy i nieprzyswojony dostatecznie szemat.

Objawów i znamion, po których z całkowitą pewnością i w łatwy sposób mógłby lekarz sądowy poznać defekt poczucia moralnego u zbrodniarza, nie dostarczyła dotąd nauka, na samem zaś rozumowaniu nie może opierać się ludzka sprawiedliwość, której dewizą słowa Spinozy „bezpieczeństwo największą cnotą społeczeństwa“.

Uznawszy zbrodniarza za poczytnego, winien lekarz sądowy dochodzić, czy nie ulegał on może chwilowemu przymusowi, zniewalającemu go do spełnienia przypisanej mu zbrodni. Wykrycie takiego przymusu i należyte jego wyjaśnienie — oto zadanie lekarza sądowego.

Krótko mówiąc, winien lekarz sądowy opierać się w właściwych przypadkach tylko na pewnikach naukowych; świata zaś przypuszczeń i teoryi choć może a nawet powinien budzić w nim zajęcie niechaj unika w swem orzeczeniu.

Jeźli przypadek będzie mimo sumiennego badania kliniczno-psychiatrycznego wątpliwym, niech go nie rozstrzyga podmiotowo, lecz raczej zostawi nierozstrzygniętym, w przeciwnym bowiem razie spotkać go może albo wyrzut sumienia, iż bez dostatecznych podstaw naukowych przyczynił się do skazania człowieka może niezupełnie karygodnego, albo zarzut, że się przyczynił do tryumfu zbrodni, że dał się symulacyi w błąd wprowadzić.

A teraz dziękując Wam Panowie, za chwilę, poświęconą wysłuchaniu mego wykładu, kończę go tem przekonaniem, że jeźli dotąd nie zdołała nauka oświecić i rozwidnić należycie tajników świata występku i zbrodni, to przecież kiedyś może zaświta dzień, w którym ona święcić będzie wielkie na tem polu tryumfy!

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

E. Luther (w Magdeburgu): **O wiewiorze** *(gonorrhoea)* **u kobiet.**

I. Badania Nöggeratha.

Dopiero przed 21 laty pierwszy Nöggerath dokładnie opisał wiewiór u kobiet i zaliczył go w poczet chorób kobiecych. Przedewszystkiem zasłużył się wskazaniem, że wiewiór może zająć cały narząd rodny u kobiety i być może przyczyną różnych chorób następowych. Przeciwko niemu tak gwałtownie wystąpili Schröder i Fritsch, że N., jako lekarz praktyczny a nie jako powaga naukowa, wolał zamilknąć. Dopiero w roku 1884. znani ginekolodzy Sänger i Olshausen, przypomniawszy sobie rozprawę N., potwierdzili wszystkie jego tezy, oddając mu niemałe pochwały za to, że jako wyszedłszy z cechu ginekologów, wiewiór u kobiet pod wieloma względami najlepiej zbadał i opisał. Zapalczywy Schröder taki oddał hołd praktycznemu lekarzowi a na jednym z ostatnich zjazdów ginekologów Hegen potwierdził w zupełności poglądy Nöggeratha.

II. Badania bakteryologiczne.

W r. 1879. Neisser z Wrocławia udowodnił, że przyczyną wiewióra, tak u mężczyzn jak i u kobiet, są swoiste koki, które nazwał gonokokami. Za pomocą zabarwiania błękitem metylenowym, badał ich zachowywanie się względem leukocytów i komórek przybłonkowych. Neisser jednak szedł drogą, którą mu wskazał Nöggerath, on bowiem pierwszy znalazł za pomocą płynu Hellira gonokoki i uważał je za jedyną przyczynę wiewióra. Neisser badania N. tylko uzupełnił, Bum zaś swoistość ich wykazał szczepieniami. Mimo to wielu badaczy z niedowierzaniem przyjmowało te badania, aż dopiero ponownie przez Wertheima dokonane szczepienia czystemi hodowlami na błonie śluzowej pochwy kobiecej, położyły koniec dalszemu niedowiarstwu.

Ostateczne wyniki badań Wertheima są następujące:

1) Gonokok rozwija się najlepiej na płytach, jeżeli za pożywkę służy mu surowica krwi z dodatkiem agar-agaru.

2) Czyste hodowle z płyt wzięte i na błonę śluzową cewki ludzkiej przeszczepione, wywołują charakterystyczny wiewiór.

3) Na płytach gonokok rozwija się i w głąb.

4) Na surowicy krwi zwierzęcej lub na samym agar-agarze, gonokoki rozwijają się powolniej i często niezupełnie.

5) Jeszcze po 5 tygodniach można je przeszczepiać.

6) Przez przeszczepianie nie zmniejsza się siła ich zarazku.

7) Przy znacznym dopływie tlenu nie rozwija się tak szybko, jak przy braku tlenu.

Z badań Neissera okazało się, że gonokok może wejść tylko w komórki przybłonka brukowego, przybłonek płaski stawia zaś mu opór. Twierdzenie to Neissera potwierdził Bum doświadczeniami, z czego wnosił, że wiewiór na błonie śluzowej pochwy kobiecej nie może się usadowić a sekrecya w niej się znajdująca, pochodzi jedynie z cewki i z ujścia macicy. Tymczasem Touton, Dinckler i Pick obalili to twierdzenie nowemi doświadczeniami, które wykazały, że gonokok także z łatwością dostaje się i do komórek przybłonka płaskiego a idąc drogą naczyń limfatycznych dochodzi nawet do mięśni, tkanki łącznej i błon surowiczych.

III. Miejsca usadowienia jadu.

A) Cewka moczowa, pęcherz i nerki.

Cewka moczowa u kobiety nie zawsze zostaje chorobowo zajętą. Według Horanda na 100 przypadków tylko 75 razy, według Buma 90. Często przychodzi także do zapalenia okołocewkowego *(periurethritis)*. Inne ujścia narządu moczowego nie tak często ulegają zarazkowi, zdaje się skutkiem kwaśności moczu. Jeżeli przychodzi do zapalenia pęcherza, cierpienie to przechodzi łagodnie i dość szybko. W nielicznych przypadkach zarazek dojść może do miedniczek nawet samych nerek a sprowadziwszy ropne ich zapalenie, może być nawet przyczyną śmierci. Prawdopodobnem jest jednak, że w tych smutnych przypadkach zakażenie mięszane najgłówniejszą odgrywa rolę.

Wiewiór w cewce kobiecej, o ile sam przez się łatwo jest uleczny, to obecność jego o tyle jest nieprzyjemną, iż z łatwością przechodzi na narząd płciowy; choroba zatem znacznie się wikła i przedłuża. Przewody moczowe zapaleniem wiewiórowem zajęte, dają się u kobiet nieciężarnych wymacać jako twarde postronki. Zwrócił na to pierwszy uwagę Heger. Rokowanie w wiewiórze cewki jest zawsze korzystne a leczenie bardzo proste. Najczęściej nawet bez żadnego leczenia, choroba ustępuje sama. Przestrzykiwanie płynami ściągającymi najlepiej ją usuwa.

B) Odbytnica.

Zajęcie błony śluzowej odbytnicy jest bardzo rzadkie. Neisser jednakowoż zwraca na to uwagę, że lekarze często powikłanie to przeoczają. Już same stosunki anatomiczne t. j. blizkość odbytnicy od wejścia do pochwy, szczególniej u kobiet, które po porodach mają przedarte międzykrocze, ułatwia wejście zarazka. Wiedziano już o tem przed 100 laty a Bum w naszych czasach znalazł w odbytnicy gonokoki.

C) Narząd płciowy i otrzewna.

Zazwyczaj równocześnie z cewką i srom zostaje zarażony a idąc drogą przewodów, zarazek dostaje się i do wnętrza gruczołów Bartholiniego. Zapalenie ropne tychże gruczołów na tle zakażenia wiewiórowego stanowi formalnie odrębną chorobę. Sänger wykazał, że wiewiór często ogranicza się tylko do przedniej części przewodów gruczołowych, z których kroplami sączy się ropa i dlatego tę odmianę nazwał *macula gonorrhoica*. Wiewiór gruczołów Bartholiniego i ich przewodów jest bardzo uporczywy. Nie ma już gonokoków ani w cewce, ani na sromie, ani w pochwie a po latach całych można go jeszcze znaleść w przewodach, z których infekcya każdej chwili na nowo może się rozszerzyć. Najlepiej jeżeli gruczoł cały zropieje, do czego jednak przyczynia się zakażenie mięszane.

Twierdzeniu Buma, jakoby pochwa nie była przystępną dla rozwoju gonokoka, bo przybłonek płaski stanowczo się opiera, zaprzeczyły doświadczenia późniejsze. W twierdzeniu tem jest tylko tyle prawdy, że drobnoustrój ten w mocno kwaśnej treści pochwy szybko ginie i dlatego nie rozmnaża się tak bardzo. Döderlein zaszczepił w pochwę dziewicy nietkniętej czyste hodowle gonokoku a po 4 dniach bardzo skrupulatnie szukając nietylko infekcyi nie dostrzegł, ale nawet z drobnoustrojów tych ani śladu znaleść nie mógł. Mimo to jeżeli inwazya koków jest znaczna a przedewszystkiem ciągle z cewki moczowej lub z macicy zasilana, kwaśność treści pochwy nie wystarcza do zniszczenia bakteryj. W takich razach wiewiór rozsiada się w całej pochwie i przedewszystkiem w sklepieniach może długo utrzymywać się. Inaczej ma się u dzieci. Treść gruczołów w pochwie dzieci nie oddziaływa kwaśno, bo przeważa jeszcze w treści tej śluz i dlatego u dzieci wiewiór najczęściej zajmuje pochwę sama.

W infekcyi wiewiórowej, prawie zawsze siedliskiem jej jest szyjka macicy. Przybłonek brukowy i alkaliczna treść gruczołów są tu sprzyjającymi czynnikami. Ztąd zarazek objąć może całą macicę i wyjść z macicy do okalającej ją tkanki wywołując *metritis*, *endometritis* i *perimetritis*. Schröder stanowczo jest tego zdania, że większa połowa tychże chorób, ma za podstawę infekcyę wiewiórową męża!

W jaki sposób kroczą gonokoki w macicy ku górze? Sänger przypisywał w tem zasługę przybłonkowi migawkowemu. Nie wydaje się jednak jego działanie w tym względzie uzasadnione, bo prócz gonokoków znajdujemy wiele innych bakteryj w macicy a niewiadomo dlaczegoby tylko ten jeden rodzaj bakteryj miał przenosić przybłonek migawkowy. Według Fritscha skutkiem rozluźnienia błony śluzowej i mięśnia macicy szczelność jej ustaje, skutkiem czego wytwarza się pewien prąd ku górze. Według Buma ujście wewnętrzne tak szczelnie zamyka macicę, iż z zewnątrz nic do niej dostać się nie może. Tylko podczas miesiączkowania, jeżeli kobieta zachowuje się niespokojnie a przedewszystkiem dużo chodzi, natenczas krew miesiączkowa cofa się często z pochwy ku macicy i infekcyę w ten sposób wprowadza do macicy.

Główne niebezpieczeństwo wiewióra u kobiet polega na dostaniu się jadu do jajowodów, jajników i otrzewnej. Pierwszy, który na to zwrócił uwagę, jest Nöggerath, pierwszy też on wskazał drogi, któremi jad do tych narządów dostać się może a mianowicie:

1) *Per continuitatem*, przez błonę śluzową aż do zewnętrznych ujść jajowodów.

2) Drogą naczyń limfatycznych z macicy i jajowodów do *perimetrium* i *parametrium*.

3) Często także drogą naczyń krwionośnych.

Dwiema ostatniemi drogami dostaje się zarazek i do osierdzia, do torebek stawowych, do mięśni a nawet do rdzenia przedłużonego i mózgu, jest to jednak na szczęście zjawiskiem dość rzadkiem a zdaje się z tych przyczyn, że leukocyty gonokokom często ulegają, tracą siłę poruszania się i tak pęcznieją, iż przez stomata naczyń włosowatych więcej dostać się nie mogą.

Wertheim udowodnił na wielu przecięciach jajowodów, że gonokoki mogą wgłębiać się w ich ściany i dostawać się do otrzewnej. Zarośnięcie zatem otworów jajowodów nie chroni od zakażenia otrzewnej. Do jajników dostają się przerzeczone bakterye albo od zewnątrz od przybłonka albo wzdłuż więzadła szerokiego do *hylus*.

Dotychczas rozróżniano zapalenie trąbek nieżytowe, mieszkowe, ropne wśródmiąższowe, guzkowe (*salpingitis catarrhalis, follicularis, purulenta, interstitialis, nodosa*) i t. d. Badania Rosthorna i Wertheima wykazały, iż wszystkie te anatomiczne odmiany jedną podstawę przyczynową mają, a niewątpliwie jest nią zarazek wiewiórowy. Czy także *hydrosalpinx*, *pyosalpinx* odnieść należy do tej samej przyczyny? Menge twierdzi, że zapalenie jajowodów ropne nie prze-

chodzi nigdy w *hydrosalpinx*, Parri zaś możliwość tę przyjmuje. Autor przechyla się do zdania ostatniego i tłómaczy sobie to w ten sposób, iż części stałe ropy, t. j. ciałka ropne osiadają na ścianach, częściowo rozpadają się a surowica wtedy sama wypełnia jajowód, jak w ogóle *hydrosalpinx* i *pyosalpinx* za 2 okresy jednej i tej samej sprawy chorobowej uważa. Że i jajniki skutkiem inwazyi gonokoków uledz mogą zapaleniu surowiczemu i ropnemu, udowodnił aż nadto dostatecznie Wertheim. Zapalenie to, początkowo ostro przebiegające, zamienić się może w stan chroniczny, którego ostatnim wynikiem, jeżeli nie przyszło do ropnia, jest zwyrodnienie tkankołącznowe i ściągnięcie się jajnika.

Dzięki znacznemu postępowi ginekologii operacyjnej w wyciętych kawałkach części rodnych i ich dodatków, znaleziono tak w błonie śluzowej jakoteż i w samej tkaninie miąższowej mnóstwo gonokoków a okoliczność ta naprowadza nas na drogę, po której idąc, łatwo dojść możemy do przyczyn pewnej gromady chorób kobiecych.

(Dokończenie nastąpi).

S c h w a r z (w Konstantynopolu): **Leczenie błonicy.**

Opierając się na pracach Löfflera i Strübinga, że błonicę wrzekomą można odróżnić od prawdziwej tylko za pomocą kultur, jakoteż że obie te formy mogą łączyć się ze sobą, uważa autor wszelkie żółte lub białe plamy w gardle dzieci jako błonicę i leczy ją miejscowo. Przestrzykiwanie i pomazywanie gardła dzieciom nie prowadzą do żadnego celu, gdyż wywołują one tylko owrzodzenia gardła, dziąseł, policzków, dające powód do nowych ognisk błonicowych a ztąd do łatwiejszego wessania substancyj gnilnych. To też autor stósuje tylko wdmuchiwania albo za pomocą rozpylacza, lub też wprost rurką papierową. Dzieciom do 3 lat podaje *natrum sozojodol. 3·00 florum sulfuris 12·0*, do 5 lat stósuje mięszaninę tę 50% a jeszcze starszym dzieciom czysty sozojodol w formie wdmuchiwań. Autor środka tego używał w 46 przypadkach z bardzo dobrym skutkiem (5 przypadków śmierci), dodać jednak należy, iż prócz tego podaje się chorym tym chloran potasowy wewnętrznie a główną uwagę zwraca na leczenie ogólne, skrzepiające środkami podniecającymi. *Internationale klinische Rundschau. Nr. 21. 1893.*

Dr. Komorowski.

Chirurgia.

J. H. A k e r m a n: **Operacyjne leczenie mikrocefalii.**

Autor, skreśliwszy pojęcie mikrocefalii i przytoczywszy dwie teorye co do jej powstawania, mianowicie: C. Vogta i Bischoffa-Aebego, rozróżnia ze względów praktycznych dwa jej rodzaje: mianowicie do pierwszego zalicza przypadki, w których indywidua już się rodzą z tą chorobą, do drugiego rodzaju te, w których przy urodzeniu znajdujemy prawidłowe rozmiary czaszki, rozwój jej jednak późniejszy doznaje zupełnej przeszkody lub znacznego upośledzenia.

Otrzymawszy do operacyi 18 miesięcznego chłopca, zebrał Akerman przy tej sposobności całą sobie dostępną literaturę w tym względzie i wykazał, że pierwszeństwo w operowaniu mikrocefalii należy się Lannelongueowi, który też może się poszczycić i największą ilością tych operacyi (ogłosił ich 25; wszyscy inni autorowie razem 50). Lannelongue rozróżniał początkowo dwa sposoby operowania: t. zw. *craniotomie linéaire* i *craniotomie à lambeaux*, większą jednak ilość operacyi wykonał według pierwszego typu.

Operując starać się trzeba o to, aby cięcie kostne, wykonane po usunięciu na bok okostnej, znajdowało się kilka centymetrów niżej lub wyżej od cięcia skórnego; najczęściej cięcie kostne prowadzi się równolegle do szwu strzałkowego. Długość cięcia bywa rozmaita: od 6 do 8 cm., a czasem nawet od przedniej granicy porostu włosów do wyniosłości tyłogłowowej zewnętrznej (*protuberantia occipitalis externa*), szerokość zwykle od 1 do 3 cm. Większa część operatorów dodaje jeszcze do tego cięcia, na jego końcach lub w środku prostopadłe, najczęściej w kierunku skroniowym. Postempski poleca kraniotomię, w której wycina z czaszki większe, trójkątne lub czworokątne płaty, które przyczepione do części miękkich, leżą jak wieczka i dozwalają na znaczne rozszerzenie przestrzeni śródczaszkowej. Przeważna część chirurgów jednak nie posuwa się tak daleko, lecz robi kraniotomię często tylko po jednej stronie, odpowiadającej części mózgu, której czynności na podstawie zewnętrznych objawów wydają się najwięcej upośledzonemi. Oponę twardą należy odpreparować a otworzenia jej unikać.

Co do okostnej, to Lannelongue usuwa ją na razie na bok a następnie przykrywa nią ubytek w kości, Akerman wycina ją w tej samej rozległości, co i kość.

Do otwarcia czaszki używają jedni operatorowie trepana, inni dłuta i młotka, wszyscy jednak rozszerzają otwór nożycami kostnemi. Autor poleca trepan, bo młotek i dłuto znoszą indywidua mikrocefaliczne gorzej a w razie zapadu poleca zlewanie pola operacyjnego ciepłym rozczynem kwasu borowego. Krwotok przy operacyi ma być nieznaczny zwłaszcza, jeśli się operuje ostrożnie w okolicy większych naczyń i oponę twardą starannie i całkowicie usuwa na bok. Narkotyzować zaleca ostrożnie a najlepiej nie dochodzić do całkowitego znieczulenia. Operacyę, która w całości winno się zrobić aseptycznie, kończy się dokładnem zeszyciem części miękkich zapomocą katgutu.

Akerman nie jest zdania, aby operacya ta jako taka przedstawiała znaczne niebezpieczeństwo, zwłaszcza jeźli się jej rozległość ograniczy stósownie do sił i wieku dziecka. Jakkolwiek sądzi, zarówno z innymi, że zabieg ten nie ma jeszcze i nie prędko mieć będzie pewne anatomopatologiczne podstawy, to jednak nie radzi go całkowicie zaniedbywać ze względu na wiele przykładów polepszenia, których liczba wzrastać będzie, jeźli operacyę wykonywać będziemy w stósowniejszych do tego przypadkach. W ocenieniu jednak, czy jakiś przypadek nadaje się do operacyi lub nie, leży największa trudność ze względu na rozróżnienie tej choroby od pokrewnych cierpień, a dalej ze względu na nieznajomość przyczyny anatomo-patologicznej samej mikrocefalii.

Ogólne wskazówki, jakich radzi trzymać się w tych przypadkach, są: Operacyę robić w miernych granicach, na żądanie rodziny chorego, na indywiduach dobrze odżywionych, w razie potrzeby powtórzyć po kilku miesiącach; kości usuwać trepanem i nożycami, okostnę w tej samej rozległości, co i kość. Rezultat operacyi bywa najczęściej bardzo skromny a najlepiej stosunkowo pozwalają rokować przypadki bez zlokalizowanych zmian w czaszce lub mózgu, przedewszystkiem zaś te, w których za bezpośrednią przyczynę mikrocefalii można uważać zawczesne zrośnięcie się szwów. Jaki wiek do operacyi najodpowiedniejszy, z dotychczasowego doświadczenia orzec nie można. W celu wyjaśnienia wielu wątpliwości w sprawie tej nasuwających się, należy starać się o wzbogacenie tego działu literatury dokładnemi zdaniami sprawy z przypadków, zgłaszających się do operacyi, przyczem dłuższa, nawet paroletnia i dokładna obserwacya po zabiegu operacyjnym byłaby bardzo pożądaną, dotychczasowe zaś wyniki pozwalają spodziewać się znacznych korzyści. (*Sammlung klinischer Vortraege. Zeszyt 90. 1894.*)

Dr. Kaczyński.

Zapiski terapeutyczne.

G. B a c c e l l i: O w s t r z y k i w a n i u s u b l i m a t u d o ż y ł. Autor podał pierwszy myśl wprowadzania pewnych leków wprost do krwi przez wstrzyknienie do żył i pierwszy ją też spożytkował do leczenia malaryi, uważając, iż ten sposób będzie najprostszym i najmniejszą ilością leku doprowadzi do celu. Ponieważ nie było w tej mierze żadnych poprzednich doświadczeń klinicznych a wiele względów, jak obawa zatorów powietrznych, skrzepnienia krwi, działania zaenergicznego przemawiały przeciw tej metodzie terapeutycznej, spróbował autor swej myśli, nie zważając na wywody i zarzuty teoretyczne Nothnagla, naprzód na zwierzętach i przekonał się, że znoszą one dobrze wstrzykiwania do żył o b o j ę t n e g o rozczynu chlorku chininy. Doświadczenia praktyczne na ludziach cierpiących na malaryą wy-

padły tak pomyślnie, że nie można było wątpić o prawie obywatelstwa tej metody w praktyce i naprowadziły autora na dalszą myśl spróbowania wprowadzania tym sposobem i innych leków do ustroju, mianowicie sublimatu do leczenia kiły. Doświadczenia na zwierzętach wypadły szczęśliwie; spróbował przeto autor wstrzykiwania sublimatu do żył w dwóch przypadkach ciężkiej kiły (*syphilis*) mózgowej, leczonych przedtem naprożno wewnętrznem i zewnętrznem zadawaniem rtęci i jodu. Skutek był bardzo pomyślny i zachęcił wielu lekarzy klinicznych, szpitalnych i prywatnych we Włoszech do leczenia tym sposobem tych przypadków kiły, które opierały się zwyczajnym metodom leczenia.

Autor używa do wstrzykiwań, o których mowa, rozczynu:

Hydrargyri bichlorati	*1·00*
Natrii chlorati	*3.00*
Aquae destil.	*1000·00*

Po zupełnem oczyszczeniu aseptycznem skóry wbija się igłę strzykawki Pravaza tym płynem napełnionej do żyły w zgięciu łokciowem lub na powierzchni ręki lub nogi, założywszy poprzednio opaskę stosowną w celu sprawienia nabrzmienia żył. O tem, że igła dostała się do żyły, świadczy brak tak bólu po jej wbiciu jak i obrzmienia podskórnego.

Po dobrem wstrzyknieniu nie ma żadnych objawów miejscowych.

Za pierwszą próbą w klinice chory już po kilku sekundach doznał w ustach smaku słonego a wkrótce po nim właściwego smaku metalicznego rtęci. W 5 do 6 minutach występowało ślinienie.

B. rozpoczyna leczenie od wstrzyknienia centymetra sześciennego wymienionego rozczynu, co odpowiada miligramowi sublimatu, i dochodzi powoli do 2, 3, 4 nawet 8 miligramów tego leku. Wstrzykując już 4 miligramy używa 2‰ rozczynu w celu uniknienia potrzeby wstrzykiwania zbyt wielkiej ilości płynu. W razie gwałtownej potrzeby rozpoczyna autor leczenie odrazu dawką 4 i 5 miligramów sublimatu, jeżeli może się spodziewać, iż chory dawkę taką zniesie.

Ten sposób leczenia sublimatem kiły rozpowszechnił się bardzo po Włoszech, gdy przekonano się, iż jest nieszkodliwy a działa rychło i energicznie. Za zalety też jego poczytywać należy 1) potrzebę małej ilości leku do skutku; 2) możność działania rychłego przeciw przypadom wskazującym na bezpośrednie zakażenie krwi jadem kiłowym; 3) rychłe i energiczne działanie na ściany naczyń będącemi, jak wiadomo, ulubioną siedzibą zmian kiłowych i 4) wprowadzenie leku wprost do krwi, co jest właśnie celem w zadawaniu leku.

W końcu nadmienia B., że wstrzykiwań sublimatu używa także z bardzo dobrym skutkiem do leczenia torbieli z wieńcogłówkami (*echinococcus*) osobliwie we wątrobie, co robi w ten sposób, że naprzód trójgrańcem z rurką o średnicy $2^1/_2$ mm. nakłuwa w najwyższem miejscu torbiel, wyciąga zeń do 30 cm. sz. płynu i zaraz potem wstrzykuje weń tą samą rurką 20 gramów 1‰ rozczynu sublimatu, wyciąga rurkę, poczem otwór sam się zamyka i zakłada opaskę z wszelkiemi ostrożnościami aseptycznemi. Po 5 dniach odejmuje się opaskę i uważa chorego za wyleczonego: pasożyt ginie a przypady przedmiotowe i podmiotowe ustępują coraz bardziej. (*Berl. klin. Wchschft. 26. Marca 1894*).

Mikulicz: Przyczynek do leczenia gruźlicy przekrwieniem zastoinowem według Biera. Rozprawa Biera (*Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmassen mit Stauungshyperaemie*) zawiera, zdaniem M., tyle szczegółów ważnych pod względem tak teoretycznym jak i praktycznym i okazuje cechy przedmiotowego całkiem przedstawienia rzeczy, iż M. postanowił spróbować tej metody leczniczej a jakkolwiek nie uważa swych doświadczeń bynajmniej za ukończone, zdaje o nich już sprawę.

M. używał do swych prób z początku wszystkich przypadków bez różnicy, jak mu się nastręczały, z wyjątkiem tych, w których operacya była z góry nakazana, i tych, w których można było z wszelkiem podobieństwem do prawdy spodziewać się po jodoformie rychłej poprawy lub wyleczenia.

Takich przypadków leczonych sposobem Biera ma M. dwanaście.

W pięciu, z których po dwa tyczą się gruźlicy stawu kolanowego i łokciowego a jeden stawów kośćca stopy, przyszło do znacznej poprawy a nawet zupełnego wyleczenia zmiany gruźliczej; o czterech innych nie można nic orzec stanowczo, ponieważ przekrwienia zastoinowego używano u nich za krótko (od 4 do 6 tygodni) albo w interesie chorych połączono leczenie sposobem Biera z użyciem jodoformu a w trzech nie było nietylko żadnego polepszenia, ale nawet stanowcze pogorszenie.

Z tego wypada, że sposób Biera nie jest także żadnym cudownym sposobem leczenia gruźlicy, co łatwo pojąć, jeżeli się zważy, iż wszystkie sposoby leczenia gruźlicy z wyjątkiem usunięcia części schorzałych przez operacyę, polegają na wywołaniu w ustroju chorym a mianowicie w tkankach chorobowo zajętych odczynu, który ma zniszczyć lasecznik gruźliczy. Im odczyn ten występuje mocniej, tem skuteczniejszą walka z lasecznikiem. Otóż i sposób Biera leczenia gruźlicy działa niewątpliwie przez wywołanie odczynu zbawiennego, ale czy ten odczyn polega na prostem działaniu przekrwienia czy na działaniu surowicy krwi lub autotuberkuliny, tego dziś niepodobna rozstrzygnąć, jakkolwiek sam Bier zwraca uwagę, iż pomyślne w gruźlicy działanie ściśle przylegających opasek gipsowych i innych polegać może, nieraz przynajmniej, na wywołaniu przekrwienia zastoinowego. Sam Mikulicz sądzi, że wyborne przyrządy Hessinga, które jak wiadomo, przylegają ściśle, działają w podobny sposób a nietylko przez samo ustalenie i uwolnienie od ciężaru chorych stawów.

W każdym razie, zdaniem Mikulicza, sposób przez Biera podany zasługuje na dalsze próby i doświadczenia i na to, by brakiem skutku w początkach nie zrażać się odrazu, bo do orzeczenia o jego wartości potrzeba lat, podobnie jak to było z jodoformem.

Pod względem techniki odwołuje się M. do rozprawy Biera. Co do stopnia i trwania przekrwienia zastoinowego, trzeba w każdym przypadku zosobna kierować się miejscowym odczynem i podmiotowem uczuciem chorego. W każdym razie dobrze będzie z początku zakładać opaskę sprężystą pod małem ciśnieniem i tylko na kilka godzin dziennie. Ważną jest rzeczą zmiana miejsca przyłożenia opaski.

Ponieważ pokazało się, iż sposób Biera w niektórych przypadkach działa niekorzystnie, należy w każdym przypadku baczyć, jak działa przekrwienie zastoinowe, do czego wystarcza zwykle 8 do 14 dni. Najczęściej następuje poprawa w postaci zmniejszenia się bólów już po kilku dniach, później zmiana przedmiotowa. Tam zaś, gdzie sposób Biera nie działał pomyślnie, bóle wkrótce się powiększały i to znacznie.

W ostatnich czasach łączy M. przekrwienie zastoinowe z leczeniem za pomocą jodoformu w ten sposób, że na 8 do 14 dni zakłada opaskę elastyczną dla przekonania się, jak działa przekrwienie zastoinowe na podmiotową senzacyą chorego a potem dopiero zaczyna używać jodoformu. (*Centralblatt für Chirurgie. 24. Marca 1894*).

— U bardzo wielu osób cierpiących na krwawnice (*haemorrhoides*) przychodzi do zapalenia tych żył łączącego się z bardzo mocnymi bólami; zapalenie to bywa nieraz poprzedzane kłuciem, które skłania do drapania i prowadzi do krwotoku skutkiem tego. W ten sposób otwiera się drogę infekcyi z materyj kloacznych i dalszych ztąd następstw. Ażeby temu wszystkiemu zapobiedz, należy cierpiącym na krwawnice zalecać, by często a mianowicie po każdem oddaniu kału przemywali sobie rzyć wodą borową a nadto na jej powierzchnię i stronę wewnętrzną przykładali warstwę maści:

37)	Rp.	*Vaselini*		
		Lanolini	$\widehat{aa}$	*5·00*
		Calomelanos		*3·00*

Proste to postępowanie, byleby było regularne, ma być bardzo skuteczne. (*La médecine moderne. 24. Marca 1894*).

— Patogeneza wymiotów po wstrzyknięciu pod skórę morfiny nie jest jeszcze wyjaśniona. Z doświadczeń Alta wypadałoby, iż pewna część morfiny wydziela się przez żołądek i tam przemienia w apomorfinę, której działanie wymiotne jest znane. Dlatego Alt zaleca przemywanie żołądka, skoro tylko po wstrzyknieniu morfiny pod skórę zaczną się ukazywać nudności, i wykazał doświadczeniami, iż w ten sposób można użyć bardzo wielkich, trujących dawek morfiny u zwierząt. Do tegoż samego celu można dojść także dodając do morfiny nieco atropiny zmniejszającej, jak wiadomo, pobudliwość nerwu błędnego. Dastre podał do tego przepis[1]) używany ze skutkiem przez operatorów lugduńskich przed chloroformowaniem:

38) Rp. *Aquae laurocerasi* 10·00
Morphini muriatici 0·10
Atropini sulfurici 0·005

Zaczyna się od połowy strzykawki Pravazowskiej, co odpowiada $^1/_2$ centygramowi morfiny i $^1/_4$ miligrama atropiny. Więcej niż dwie strzykawki nie powinno się nigdy wstrzykiwać wyjąwszy, gdyby się wiedziało, iż chory dobrze znosi morfinę i atropinę. (*La médecine moderne. 21. Marca 1894*).

— W gośćcu stawowym zalecają lewatywy ze salicylanem sodowym podług przepisu:

39) Rp. *Natrii salicylici* 2·00—4·00
Ttra opii guttas 20
Aquae destil. 100·00

Najlepiej robić je wieczorem. Z dawką salicylanu sodowego można dojść do 6 gramów. (*Le Formulaire. Marzec 1894*).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Marca 1894 r.

— W chwili, gdy kończymy redakcyą numeru niniejszego, J. M. Król Włoski zagaja obrady międzynarodowego kongresu lekarskiego w Wiecznem Mieście. Łącząc się z całym światem cywilizowanym, życzymy co właśnie otwartemu kongresowi, na którym znajdzie się niejeden dzielny współpracownik *Przeglądu Lekarskiego*, jak największego powodzenia dla dobra nauki i ludzkości!

— Otrzymujemy zawiadomienie podpisane przez koll. Drów Barzyckiego, Cassinę i Obtułowicza, iż w dniu 26. Kwietnia b. r. o godzinie 10-tej rano we Lwowie w sali Tow. lekarzy galic. (przy ulicy Blacharskiej Nr. 18. II. piętro) rozpocznie swe obrady zjazd lekarzy powiatowych.

Na porządku dziennym przedewszystkiem petycya o podwyższenie rangi i płacy lekarzy powiatowych.

Koledzy, którzyby chcieli mieć na tym zjeździe odczyt lub przedstawić wnioski, zechcą nadesłać rękopis lub streszczenie wykładu, względnie treść wniosku na ręce Dra Cassiny w Namiestnictwie we Lwowie najpóźniej do 15. Kwietnia b. r.

— W celu uczczenia kongresu odbywającego teraz właśnie swe obrady w Rzymie zapełniła redakcya *Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 13. swego pisma z dnia 26. b. m. przeważnie pracami klinicznemi włoskich lekarzy. Na czele ich znajduje się praca teraźniejszego ministra oświaty włoskiego, prof. Gwidona Baccellego o wstrzykiwaniach sublimatu do żył, praca, którą w dokładnem streszczeniu znajdą czytelnicy *Przeglądu Lekarskiego* na pierwszem miejscu w *Zapiskach terapeutycznych* w niniejszym numerze.

— Jak donoszą pisma codzienne, już na trzy dni przed otwarciem kongresu w Rzymie, zgromadziło się nań 4000 lekarzy ze wszystkich części świata. O ile nam wiadomo, udali się na zjazd z Krakowa koll. Dr. Beck, prof. Bujwid, prof. Cybulski, prof. Gluziński, prof. Mars, Dr. Kryński. Ze Lwowa wiemy tylko o koll. Barączu i Gluzińskim.

[1]) Por. Nr. 38. *Przeglądu Lekarskiego* z r. 1893.

— Sekretarz generalny międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie otrzymał z Indyj Wschodnich list opatrzony 760 podpisami domagający się, by język łaciński stał się napowrót powszechnym naukowym językiem lekarskim, by w Rzymie utworzono instytucyę: *Officina centralis*, którаby tłómaczyła na łacińskie i publikowała wszystkie prace lekarskie tudzież wydawała osobne pismo lekarskie, również w języku łacińskim. Pismo to miałoby nosić nazwę: *Salernum* na uczczenie miasta, w którem powstała pierwsza szkoła lekarska w Europie. Gdyby brak funduszów stanął na przeszkodzie przeprowadzeniu tych myśli, proponują podpisani na owym liście, by w miejsce przydługiego nieco miana kongres międzynarodowy lekarski, nazywał się po prostu i krótko tylko kongresem salerneńskim.

— W pierwszym półroczu bieżącego roku szkolnego było uczniów medycyny w uniwersytetach niemieckich: w Berlinie 1279, Monachium 1114, Lipsku 788, Wircburgu 746, Gryfii 380, Fryburgu 342, Erlandze 338, Sztrasburgu 299, Wrocławiu 287, Kolonii 257, Bonnie 247, Tybindze 235, Hali 234, Królewcu 230, Heidelbergu 218, Marburgu 216, Jenie 146, Getyndze 192, Roztoku 120 i Gisenie 96, razem 7714 w 20 uniwersytetach, o 335 mniej, niż w półroczu zimowem r. 1892/3.

— Jak donosi kol. Władysław Świątecki w *Gazecie lekarskiej*, po przeszło miesięcznej przerwie pojawiła się po raz wtóry w roku bieżącym cholera w Warszawie. Około połowy bowiem Marca przywieziono do oddziału cholerycznego trzech chorych mężczyzn (z ulic Śliskiej Nr. 50, Pańskiej Nr. 39 i Pawiej Nr. 25) w okresie zamartwiczym cholery; wszyscy trzej zmarli. Przed zachorowaniem jednego z nich chorowała w jego mieszkaniu i zmarła jego córeczka wśród przypadków ostrego nieżytu żołądka i jelit. Nie ma żadnych danych epidemiologicznych co do tych czterech przypadków. Rozpoznanie cholery potwierdziły badania bakteryologiczne Dra Janowskiego i sekcya dokonana przez prof. Przewoskiego.

— Osobna komisya przez londyńskie Towarzystwo kliniczne wybrana, oznaczyła czas wylęgania czyli inkubacyi dla ostrych chorób zakaźnych na podstawie przeważnie dat urzędowych z ostatnich 15 lat:

dla błonicy	od 2	do 8,	najczęściej	2 dni
„ influency	„ 1	„ 4,	„	3 do 4 „
„ odry	„ 8	„ 10,	„	„ 14 „
„ zapalenia gruczołu przyusznego	„ 14	„ 21,	„	„ 21 „
„ płonicy	„ 1	„ 8,	„	2 „ 4 „
„ duru brzusznego	„ 8	„ 14,	niekiedy	23 „

Dalej wykazała owa komisya, że błonica jest zaraźliwa tak podczas inkubacyi, jak i przebiegu swego, tudzież okresu wyzdrawiania, że zapalenie gruczołu przyusznego jest zaraźliwe już przed wystąpieniem właściwych przypadków, że odra bardzo rychło, najpóźniej w 3 tygodnie traci swą zaraźliwość, w durze utrzymuje się zakaźność od początku aż do dwóch tygodni po ustaniu gorączki, w płonicy czyli szkarlatynie aż do ukończenia się łuszczenia skóry, niekiedy przez 8 tygodni. (*Das öster. Sanitätswesen. 12. 1894*).

— Jak donoszą pisma codzienne, wyjechał w dniu 21. b. m. prof. Gałęzowski z Paryża na trzy miesiące do Persyi, dokąd go wezwał Szach w celu dania pomocy lekarskiej synowi jego cierpiącemu na jaglicę.

TELEGRAM.

Rzym 29. Marca po południu. Zjazd bardzo liczny, przeszło 7000. Otwarcie dziś rano przez Króla. Przemawiali Crispi, Baccelli i wszyscy przedstawiciele państw. Polaków koło 50.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 4. Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Dr. Nowak poda: *Tymczasowe doniesienie o badaniach dyfteryi;* 2) kol. Dr. Wachholz mówić będzie: *O zmianach w narządzie oddechowym w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.*

Do niniejszego Nru dołącza się ogłoszenie o sakcharynie Heydena.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nr. 640.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Samborze rozpisuje konkurs na 8 posad akuszerek okręgowych a to z siedzibą w Babinie, Czukwi, Barańczycach, Rakowy, Czaplach, Czerchawie, Łące i Kranzbergu.

Do okręgu w Babinie należy 11 gmin,
do okręgu w Czukwi należy 9 gmin,
do okręgu w Barańczycach należy 12 gmin,
do okręgu w Rakowy należy 9 gmin,
do okręgu w Czaplach należy 12 gmin,
do okręgu w Czerchawie należy 13 gmin,
do okręgu w Łące należy 9 gmin,
do okręgu w Kranzbergu należy 11 gmin.

Płaca roczna każdej z akuszerek wynosi kwotę 100 złr. wypłacalna w ratach miesięcznych z dołu z kasy Rady powiatowej.

Obowiązki akuszerki określone są rozporządzeniem do §. 17. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. dz. ust. kraj. Nr. 17.

Podania zaopatrzone w metrykę chrztu, dowody uzdolnienia i świadectwo moralności z wymienieniem okręgu na który petentka reflektuje, należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do dnia 30 Kwietnia 1894.

87—1—1 *Wydział powiatowy w Samborze.*

L. 784.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego w Sanoku z płacą roczną 500 złr. rozpisuje Magistrat konkurs do czterech tygodni.

Wymaganym jest dowód uzyskanego dyplomu wszechwiedzy lekarskiej i dwuletniej praktyki.

Po roku służby prowizorycznej nastąpi stabilizacya.

84—3—3 *Magistrat król. wol. miasta w Sanoku.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 7. Kwietnia 1894 r. Nr. 14.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuję: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Ile jelita cienkiego można resekować? [1])

Podał
Docent Dr. Rudolf Trzebicky.

Kwestya, jak wielkie kawałki jelita cienkiego wolno resekować bez narażenia chemizmu i mechanizmu trawienia na trwały szwank, do dziś dnia jeszcze nie jest załatwioną, prawdopodobnie dlatego, że resekcya dużych kawałków jelita, których długość przekracza metr, w ogóle należy do wydarzeń bardzo rzadkich.

Przeglądając literaturę, znajdujemy tylko przypadki Bauma[2]), Billrotha[3]), Brunsa[4]), Hahna[5]), dwa przypadki Kochera[6]), Koeberlego[7]), Kosińskiego[8]) i Schlangego[9]), w których wycięto kawałki jelita długie na metr i więcej. Najdłuższym był kawał resekowany przez Kochera, wymiar długości jego bowiem wynosił 2 metry i 8 cm. Z pomiędzy tych przypadków pacyenci operowani przez Hahna, Kochera, Koeberlego i Schlangego wyzdrowieli, gdy operacye Billrotha, Brunsa i Kosińskiego rychło zakończyły się śmiercią. Najwięcej rozgłosu nabrał przypadek Bauma tyczący się kobiety 40-letniej, u której po herniotomii wytworzył się odbyt nieprawidłowy z wszelkiemi przykremi następstwami tej choroby, t. j. znacznem wyniszczeniem, przetokami ropnemi i ograniczonem zapaleniem otrzewny w sąsiedztwie nieprawidłowej rzyci. Gdy chora po 4-miesięcznem trwaniu tego stanu wychudła w sposób zatrważający, przystąpiono do operacyjnego wyleczenia, co się jedynie dało uskutecznić przez resekcyę 137 cm. jelita cienkiego.

Jakkolwiek przebieg pooperacyjny był idealny, przecież stan ogólny chorej nietylko że się nie poprawił, ale osłabienie i wyniszczenie robiły coraz większe postępy tak, że chora w 4 miesiące po drugiej operacyi zginęła wśród objawów zupełnej inanicyi. Oględziny pośmiertne wykazały jedynie tylko w narządach wewnętrznych mierny zanik nerek.

Przypadek ten powszechnie uchodzi za przestrogę przeciw zbyt rozległym resekcyom jelita. O ile słusznie, nie chcę rozstrzygać. Nie należy jednak zapominać, że dokonano tu operacyi na kobiecie już i tak wyniszczonej „w sposób zatrważający“.

W każdym razie wynik tej operacyi musiał zawsze przestrzegać chirurgów, by nie kusili się zbyt lekkomyślnie o resekcyę bardzo długich kawałków jelita, gdyż, jak zresztą z góry już można przewidzieć, zmniejszenie powierzchni trawiącej i chłonnej jelita da się znieść tylko do pewnych granic. Wprawdzie w przypadkach Kochera i Koeberlego chorzy i po wycięciu dłuższych jeszcze odcinków jelita (160, 205, 208 cm.) wyzdrowieli i nie okazywali później żadnych zboczeń w trawieniu i odżywianiu, ale mimo tego nawet tylko jeden rzeczywisty przypadek niekorzystny, w którymby śmierć była następstwem wycięcia zbyt długiego kawałka jelita, powinien wystarczyć, by resekcyę zbyt długich odcinków jelita uważać wręcz za niedozwoloną.

Stanowcze załatwienie tej sprawy czyli odpowiedź na pytanie, ile jelita w ogóle wolno resekować bez narażenia na szwank życia chorego, od tego czasu dopiero stało się pożądanem, odkąd chirurgowie poważni, przemawiając za pierwotną resekcyą jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli, poczęli zwracać na to uwagę, że do udania się szwu jest warunkiem nieodzownym, by go zakładano na jelicie zupełnie prawidłowem.

Trzymając się tej zasady, należało w podobnych razach, zwłaszcza z jelita doprowadzającego, wycinać częstokroć znaczne obszary, by dojść do miejsca, w którem na jego

[1]) Artykuł niniejszy jest krótkiem streszczeniem pracy większej, która znajduje się w druku.

[2]) Fortschritte der Medizin 1884. T. II. Nr. 24.

[3]) Wölfler. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XII. Kongress.

[4]) E. Müller. Beiträge zur klin. Chirurgie. T. II. str. 495.

[5]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1887. str. 446.

[6]) Corresp. Blatt für Schw. Aerzte 1886. Nr. 5. i według doniesienia listownego.

[7]) Ref. w Centralblatt für Chirurgie 1881. str. 249.

[8]) 31 resekcyi kiszek. Medycyna 1893.

[9]) Berliner klin. Wochenschrift. 1892. str. 1183.

ścianach nie znać już było zmian patologicznych. Wprawdzie to zapatrywanie się doznało pewnego ograniczenia przez twierdzenie Mikulicza[1]), że gdybyśmy się chcieli trzymać ściśle tej zasady, częstokroć wypadałoby poświęcić jelito aż do początku kiszki czczej, gdyż pewne, lżejsze zmiany w krążeniu w razie uwięźnienia przepukliny aż tam sięgają. Zdaniem jego wystarcza zupełnie do udania się szwu, by jelito do tyla było odżywione, żeby się nie darło przy zakładaniu szwów. W ostatnich czasach mogłem kilkakrotnie potwierdzić słuszność tego zapatrywania się. Choć jednakże przyznać musimy, że trzymając się tego zdania możemy do pewnego stopnia skrócić rozmiary odcinka jelita przeznaczonego do resekcyi, to jednakże pamiętać należy, że ocenienie, czy jelito do szwu nadaje się jeszcze czy nie, wymaga częstokroć już wytrawnego sądu, opartego na rozległem, własnem doświadczeniu. Dlatego też chirurg mniej może doświadczony woli poświęcić w przypadkach wątpliwych trochę za dużo jelita, aniżeli narazić pacyenta na nieprzyjemne i niebezpieczne następstwa zawodu ze strony szwu jelitowego. Przed wykonaniem jednak podobnej rozległej resekcyi sumienie każe rozstrzygnąć stanowczo, czy nie wypadnie przypadkowo pacyentowi okupić chwilowego wyniku pomyślnego nieuleczonem charłactwem, wiodącem po czasie krótszym lub dłuższym do śmierci z wyniszczenia.

Nie znajdując w przypadkach znanych dotychczas w literaturze ostatecznego załatwienia tej sprawy, wypadało się pokusić o rozwiązanie zagadnienia drogą doświadczenia na zwierzęciu żywem, z tem jednakże zastrzeżeniem, że wyników uzyskanych drogą eksperymentu wprost żywcem na człowieka przenosić nie wolno, choćby już dlatego samego, że eksperyment tyczy się zwierzęcia zdrowego a operacyę robimy prawie zawsze dla ratowania życia chorobą już i tak nadwątlonego. Gdy dotychczas, o ile mi wiadomo, jeden tylko Senn[2]) z okazyi swych pięknych doświadczeń z zakresu chirurgii przewodu pokarmowego zajął się mimochodem sprawą o granicach dopuszczalności resekcyi jelita, postanowiłem sprawę tę dokładniej zbadać i odpowiedzieć przedewszystkiem na pytanie, ile jelita cienkiego a zwłaszcza jelita czczego i biodrowego zwierzęciu można wyciąć bez narażenia jego zdrowia i życia. W tym celu wykonałem szereg doświadczeń na psach, resekując tymże po 25, 50, 75, 100, 150 i 200 cm. jelita cienkiego. Żeby zarazem, ile możności, przekonać się, o ile rozmaite odcinki jelita rozmaicie się zachowują pod względem następstw ich resekcyi, wycinałem w jednej seryi kawałki z samego początku jelita czczego, w drugiej mniej więcej ze środka pomiędzy początkiem jelita czczego a zastawką Bauhiniego, w trzeciej zaś resekowałem sam koniec jelita biodrowego. Po wycięciu jelita zakładam szew jelitowy Czernego, albo też w niektórych przypadkach według metody opisanej przez H. Brauna[3]). Przez pierwszy tydzień zwierzęta pozostawały na ścisłej dyecie a oprócz tego celem zwolnienia ruchu robaczkowego podawano im po 15—25 kropli nastoju makowcowego. Po ośmiu dniach otrzymywały psy strawę mięszaną. Zwierzęta operowane ważono codziennie a po upływie pewnego czasu rozdawano je osobom prywatnym, żeby ich nie pozbawiać światła, ruchu i świeżego powietrza, co na ogólne odżywienie wywierało wpływ bardzo wybitny. Na zwłokach zwierząt, które uległy następstwom operacyi, wykonywano dokładną sekcyę anatomiczno-patologiczną.

Z zestawienia rezultatów tych doświadczeń wynika, że resekcya jelita pociąga zawsze za sobą utratę na wadze zwierząt, która tylko w przypadkach wycięcia bardzo małych odcinków pozostaje w granicach wywołanych ośmiodniowym postem pooperacyjnym, gdy w przeważnej liczbie przypadków ubytek ten jest znacznie większy od ubytku przezów post wywołanego. W przeważnej liczbie przypadków wielkość ubytku ciężaru ciała zostaje w prostym stosunku do długości resekowanego jelita a względnie do stósunku pomiędzy nim a częścią jelita jeszcze pozostawioną. Jeżeli rozmiary wyciętego jelita nie przekraczają pewnych granic, które zaraz podamy, wówczas po niejakim czasie ciężar ciała zaczyna się znów podnosić i dosięga pierwotnej wagi, lub nawet przekracza ją przy należytej pieczy i odżywieniu. Czas, w którym zwierzę odzyskuje swą pierwotną wagę, jest bardzo rozmaity i nie zawsze zależy od długości resekowanego jelita a względnie od wielkości utraty ciężaru ciała, co wobec rozmaitej odporności różnych ras psów i rozmaitego wieku, wielkości i chęci do jadła różnych zwierząt wcale dziwić nie może.

Co do granic, poza któremi resekcya jelit staje się niebezpieczną dla ogólnego odżywienia, pouczyły nas doświadczenia, że wycięcie połowy jelita cienkiego (nie wliczając dwunastnicy) zwierzęta znoszą jeszcze wcale dobrze. Dopiero gdy długość wyciętego kawałka ową granicę przekracza, operacya staje się niebezpieczną, choć i tu niekiedy przy należytem odżywianiu zwierzęcia można jeszcze utrzymać je przy życiu. Wycięcie $^2/_3$ części jelita czczego i biodrowego lub jeszcze więcej jest operacyą wprost zabójczą. Sprowadza uporczywą biegunkę, w której większa część pokarmów odchodzi niestrawiona. Zwierzęta chudną mimo, że okazują kolosalne łaknienie, i giną wreszcie wśród objawów ogromnego wyniszczenia. Sekcya w tych razach wykazuje zanik zupełny tłuszczu w ustroju i rozszerzenie pozostałego jeszcze odcinka jelit, zwłaszcza w części położonej powyżej miejsca zeszycia. W jednakich zresztą okolicznościach następstwa wycięcia jelita na początku jelita czczego bywają daleko donioślejsze, aniżeli w razie wycięcia kiszki położonej bliżej zastawki Bauhiniego.

Pytając się wreszcie o wynik praktyczny niniejszej pracy, czyli, ile wolno wyciąć jelita cienkiego u człowieka, musimy odpowiedzieć, że wobec tego, że długość jelita czczego i biodrowego razem u człowieka waha się między 561 cm. a 870 cm., w każdym razie, jeżeli tylko nie zachodzą jakieś powikłania, resekcyę połowy t. j. co najmniej 280 cm. musimy uważać za zabieg dozwolony.

---

[1]) Berliner klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 10—13.
[2]) Experimentelle Beiträge zur Darmchirurgie. Basel 1892.
[3]) Archiv für klin. Chirurgie. T. 45. str. 350.

II. Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy przy równoczesnem stósowaniu kąpieli w solankach jodowo-bromowych.

Według wykładu wygłoszonego w krakowskiem Tow. lekarskiem dnia 7. Lutego 1894.

Podał

Dr. Rościszewski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Co się tyczy drugiej grupy, t. j. przypadków gruźlicy z ranami otwartemi, to te nastręczyły mi ciekawe spostrzeżenia pod dwojakim względem. Najpierw spostrzegłem, że rany podczas leczenia kąpielowego goiły się rychlej niż zwykle, po drugie z powodu spostrzeganych zmian w ranach samych, które mnie zmusiły do zaprowadzenia pewnych zmian w zakładaniu opatrunków. Podczas opatrywania ran przekonałem się, że rany w chwili przybycia chorych do Iwonicza czyste, pokryte żywą czerwoną ziarniną, przybierały już w 24 godzin po pierwszej kąpieli wejrzenie słoninowate; ziarnina bladła, bujała zbyt mocno i pokrywała się szarym nalotem. Nalot ten przylegał tak mocno, że trudno go było zeskrobać. Sądziłem, że przyczyną tego było zanieczyszczenie rany przez kąpiel; ponieważ zaś opatrunek robiono czasem dopiero w godzinę lub dwie po kąpieli, przeto chcąc tego uniknąć poleciłem chorym bezpośrednio po wyjściu z kąpieli przychodzić do opatrzenia; przekonałem się jednak w krótce, że to nie pomagało. Wówczas sądziłem, że używając do opatrunku 5% kw. karbolowego zanadto rany drażnię; zacząłem więc używać 3% kw. karbolowego, potem sublimatu 1:1000, kwasu salicylowego 3:1000, wszystkiego napróżno; mimo powyższych sposobów, rany zachowywały wyżej opisane, niedobre wejrzenie.

Stan ten zachowania się ran naprowadził mię na myśl, że wpływ wody kąpielowej na ranę jest niedobry i szukałem sposobu, aby rany uchronić od bezpośredniego jej wpływu. Postanowiłem przeto wytworzyć na ranie sztuczną powłokę, którąby szczelnie przylegając czyniła zadość memu życzeniu. W tym celu przyżegałem rany kamieniem piekielnym dokładnie a to tem snadniej, że z doświadczenia wiemy, iż przyżeganie takie ran podobnych niejednokrotnie dobre daje wyniki.

Wyniki tego postępowania były świetne i wyznać muszę, przeszły moje oczekiwania, albowiem najgorzej wyglądające rany już po upływie dwóch dni odzyskiwały pierwotne zdrowe wejrzenie a nawet te, które objąłem w stanie zaniedbanym, po 2—3 dniach nabierały wejrzenia ran zdrowych, żywą czerwoną ziarniną pokrytych. Zachęcony tem nie czekałem w następnych przypadkach, aż rany zaczną źle wyglądać, lecz w celu zapobieżenia nadmiernemu bujaniu, zblednięciu ziarniny i wystąpieniu na niej słoninowatego nalotu postanowiłem zaraz z rozpoczęciem leczenia kąpielowego jak najdokładniej pomazywać kamieniem piekielnym nawet rany zdrowe i czyste.

Wyniki tego postępowania zadowolniły mię zupełnie, gdyż przekonałem się, że rany tak od początku kamieniem piekielnym pomazywane mimo codziennych kąpieli nie zmieniały dobrego wejrzenia. Nie potrzebuję dodawać, że prócz pomazywania laseczką kamienia piekielnego zakładałem zawsze opatrunek jodoformowy.

Rany w ten sposób leczone goiły się rychlej, niż zwykle; i tak n. p. zgłosiła się do mnie matka z dzieckiem 9-letniem. U dziecka tego był ropień zimny na udzie. Ropień ten przeciąłem szeroko i wyskrobałem. Powstała rana mająca 8 cm. długości a 4 cm. szerokości. Rana ta zagoiła się podczas kąpieli codziennych w przeciągu dni 14, gdy w zwykłych okolicznościach potrzebowałaby, jak wiemy, co najmniej 3 tygodnie do zagojenia się.

W drugim przypadku u dziecka 8-letniego były znaczne zmiany gruźlicze w stawie kolanowym; staw był obrzękły, skóra na nim sinawo zabarwiona, po stronie wewnętrznej stawu dwie przetoki prowadzące do obnażonej kości. U tego chorego rozszerzyłem przetoki i wyskrobałem zajęte kości, tudzież torebkę stawową. Kolano to zagoiło się w przeciągu dni 23, gdy zwykle rana taka potrzebuje do zagojenia się 5—6 tygodni.

W trzecim przypadku wyskrobałem u dziewczynki 11-letniej trzy ogniska gruźlicze na skórze klatki piersiowej, każde wielkości 4 centów. Rany zagoiły się zupełnie w przeciągu dni dziewięciu. Innych przypadków tu nie przytaczam, gdyż prócz tego, że czas potrzebny do wygojenia się ran był u nich krótszy, niż zazwyczaj, nie przedstawiają nic szczególnie uderzającego; nadmienię tylko, że w ten sposób leczyłem trzydzieści cztery przypadki i prawie we wszystkich mogłem przekonać się o rychlejszem, niż zazwyczaj gojeniu się ran.

Spostrzeżenie, że rany czyste przybierają w kąpielach złe wejrzenie a mimo to przy odpowiedniem leczeniu goiły się rychlej niż zwykle, naprowadziło mnie na myśl, że jak z jednej strony wpływ kąpieli na rany musi być niekorzystny, to z drugiej wpływ kąpieli na cały ustrój jest tak zbawienny, że, mimo niekorzystnego wpływu na rany, gojenie się następowało szybko, co tylko o zmianach na korzyść w organizmie całym świadczyć może. Przypuszczenie więc samo przez się nasunęło się, że najlepiej powinny się goić rany, któreby podczas kąpieli można uchronić od bezpośredniego wpływu wody.

Doświadczenie w tej mierze łatwo było zrobić, gdyż miałem w leczeniu dwadzieścia sześć przypadków ran gruźliczych na kończynach górnych. Chorym tym poleciłem kąpać się codziennie, rękę zaś trzymać podczas kąpieli ponad wodą a rany opatrywałem co kilka dni według zwykłych zasad. Przypadki te potwierdziły moje przypuszczenie, gdyż pokazało się, że czas potrzebny do zagojenia się ran jest o połowę krótszy, niż zwykle; i tak n. p. w jednym przypadku u chłopca 12-letniego wyskrobałem z powodu zmian gruźliczych w kościach śródręcza jamkę wielkości śliwki, rana ta zagoiła się w przeciągu 2 tygodni zupełnie, gdy, jak wiemy, jama tych rozmiarów po wyskrobaniu kości powstała, potrzebuje zwykle około czterech tygodni do zagojenia się. Najciekawszym jednak wydaje mi się przypadek następujący: u chłopca 7-letniego, licho zbudowanego i źle odżywionego, były dwa ogniska gruźlicze w skórze wielkości srebrnego reńskiego, jedno na ramieniu, drugie na przedramieniu kończyny górnej lewej, zapalenie gruźlicze stawu łokciowego prawego z dwoma przetokami, prowadzącemi do kości obnażonej, wreszcie zapalenie gruźlicze stawu kolanowego prawego z trzema przetokami, prowadzącemi także do obnażonej kości. Po zachloroformowaniu chorego wyskrobałem ogniska w skórze, tudzież oba zajęte stawy. Tak w stawie łokciowym,

jakoteż kolanowym była przeważnie zajęta torebka, kości znacznie mniej. Dalsze leczenie odbywało się według wyżej podanych zasad, t. j. chłopiec brał codziennie pełną kąpiel a ręce tylko trzymał podczas kąpieli ponad wodą. Stósownie do tego opatrywano kolano codziennie, staw zaś łokciowy i ogniska w skórze co 3—4 dni według zwykłych zasad. Otóż oba ogniska w skórze zagoiły się w przeciągu dni dziewięciu, staw łokciowy po trzech i pół tygodnia, staw kolanowy zaś po sześciu tygodniach. Tu był ten sam chory, różnicy więc w czasie zagojenia się ran nie można odnieść do niczego innego, jak tylko do tego, że staw kolanowy był z konieczności inaczej opatrywany, jak łokciowy. Stósunkowo dość długi czas gojenia się tak stawu łokciowego jak i kolanowego, tłómaczył się stanem ogólnym chorego tudzież tem, że chory podczas samej kuracyi będąc dzieckiem biednych rodziców był w lichych stósunkach, tak, że nie mógł odżywiać się odpowiednio.

Z tych wyżej podanych spostrzeżeń wynikałoby, że kąpanie w solankach jodowobromowych ran gruźliczych samych, w tak zwanych kąpielach częściowych, jakich n. p. przy ranach gruźliczych kończyn w celu przyspieszenia gojenia się używamy czasem, właściwie nie jest stósowne, gdyż wpływ kąpieli na samą ranę jest niekorzystny.

Jak z jednej strony pragnąłbym poznać zdanie Szanownych Kolegów w tej mierze, tak z drugiej strony sądzę, że wartoby czynić dalsze spostrzeżenia, żeby rozstrzygnąć tę ważną kwestyę w chirurgii.

Zestawiając wyniki swoich spostrzeżeń mogę je w następujących podać twierdzeniach:

1) Kąpiele w solankach jodowobromowych działają na ustrój w ogólności bardzo korzystnie.

2) Przypadki zmian gruźliczych stawów niepowikłane przetokami leczą się za użyciem tych kąpieli prędzej, niż bez nich.

3) Kąpiele w solankach jodowobromowych działają niekorzystnie bezpośrednio na rany, które pod ich wpływem. bledną; ziarnina prócz zblednięcia buja nadmiernie i nabiera wejrzenia słoninowatego.

4) Wpływ niekorzystny kąpieli na rany da się usunąć przez regularne, co drugi dzień przyżeganie kamieniem piekielnym.

5) Rany mimo tego niekorzystnego wpływu goją się przy właściwem ich opatrywaniu prędzej, niż zwykle, co trzeba odnieść do wyżej wspomnianego korzystnego wpływu kąpieli na cały ustrój.

6) Najprędzej goją się rany, które w ogólnej kąpieli można uchronić od bezpośredniego zetknięcia się z wodą.

III. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał

Prof. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12).

1) Berisch Bienenstock. *Ulcus ventriculi subsequente stenosi pylori.* Wyleczenie. Kupiec, 48 lat liczący, pochodzi z rodziców zdrowych, aż do obecnej choroby był zawsze zdrowym. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 6 laty bólami żołądka, brakiem apetytu, nudnościami. Przez cały ten czas leczył się, jednakowoż bez skutku. Odżywienie podupadło w ostatnim roku znacznie, skoro się przyłączyły ciągłe wymioty; stolec przeważnie zaparty. Przed miesiącem pokazała się krew w wymiocinach po raz pierwszy a przed 14 dniami po raz drugi. Później przyjęto go do kliniki wewnętrznej, zkąd go przeniesiono 2. Stycznia b. r. do kliniki chirurgicznej celem operacyi.

Stan obecny. Indywiduum bardzo wyniszczone, tętno dobre; oprócz miażdżycy tętnic i cierpienia żołądkowego zresztą zupełnie zdrów. Żołądek bardzo znacznie rozszerzony, dnem sięga prawie do spojenia łonowego; pluskanie wyraźne. Guza wymacać nie można; daje się tylko dostrzedz bolesność ograniczona do odźwiernika. Treść żołądkowa mocno kwaśna, ilość wolnego kwasu powiększona, zresztą znachodzą się kwasy tłuszczowe, drożdże, czworniaki (*sarcinae*).

Rozpoznanie jak wyżej:

Operacya d. 4. Stycznia 1894. Po otwarciu jamy brzusznej w linie białej okazuje się, że jedna pętla jelitowa jest zrosła z odźwiernikiem. Po bardzo delikatnem oddzieleniu okazał się otwór w ścianie żołądka wielkości fasoli, który zasklepiała dokładnie pętla jelitowa. Tymczasowe zamknięcie otworu żołądka i repozycya pętli. Zrostów z trzustką lub otoczeniem niema. Resekcya żołądka sposobem przez nas wykonywanym. Oddzielenie guza od małej i dużej sieci pomiędzy podwiązkami założonemi igłą Dechampsa. Założenie uciskadeł na żołądek; cięcie skośne i pod kątem przez ścianę żołądka po założeniu długich, zwyczajnych uciskadeł na żołądku od strony guza. Odłożenie guza wraz z dwunastnicą na prawo, obwiniętego gazą jodoformową, którą przeprowadzono pod guzem jeszcze przed przecięciem żołądka.

Szew okluzyjny na żołądku: szew na błonie śluzowej, pierwszy rząd, drugi rząd, według Czernego; wszystkie katgutem i sposobem kuśnierskim założone. Założenie nicianych pętli na dwunastnicy, odcięcie guza od dwunastnicy po założeniu uciskadeł od strony guza. Przyszycie dwunastnicy do otworu na żołądku: pierwszy rząd szwu na tylnej ścianie od wnętrza założony przez same brzegi rany, szew błony śluzowej naprzód na tylnej ścianie od wnętrza, w dole przerwany, następnie na przedniej ścianie od wnętrza. Pierwszy rząd szwu na ścianie przedniej od zewnątrz założony. Zdjęcie uciskadeł ze żołądka. Drugi rząd szwu na przedniej ścianie; na wielkiej krzywiznie przerwany; drugi rząd szwu na tylnej ścianie; wszystkie szwy katgutowe i sposobem kuśnierskim założone. Szczególne, wzmacniające szwy w miejscu, gdzie się schodzą szew okluzyjny z okrężnym. Przyprószenie jodoformem linij i szwu.

Przebieg bez zboczeń.

W dniu 16. Lutego przeniesiony do kliniki lekarskiej w celu zbadania chemizmu i mechanizmu żołądka. Chory przybrał na wadze 11 klgrm., ma podmiotowe uczucie zupełnego zdrowia.

2) *Ulcus ventriculi subsequente stenosi pylori*; śmierć 4-go dnia po operacyi skutkiem zgorzeli płuc i opadowego zapalenia lewego płuca. Kuśnierz, lat 33 liczący, pochodzi z rodziców zdrowych, którzy w późnej starości pomarli. Początek obecnego cierpienia rozpoczął się od 7 miesięcy uczuciem ściskania w okolicy żołądka, brakiem apetytu, odbijaniami, potem wystąpiły wymioty w nieregularnych odstępach czasu (po jedzeniu w 3—10 godzin); stolec najczęściej zaparty. Krwi nie widział ani w wymiocinach ani w stolcach. Przyjęty do kliniki d. 12. Stycznia 1894.

Stan obecny 14. Stycznia 1894. Chory bardzo osłabiony i bardzo źle odżywiony; ciepłota prawidłowa, tętno 86; wewnętrzne organa oprócz przewodu pokarmowego bez zmian chorobowych. Rozstrzeń żołądka, który sięga 3 palce poniżej pępka; pluskanie wybitne, skurcze rysują się dokładnie na powłokach brzusznych. Treść żołądka zawiera sporo kwasu solnego i sarcyny; brak kwasów tłuszczowych i mlekowego.

Operacya d. 16. Stycznia. Po otwarciu jamy brzusznej okazuje się zgrubienie odźwiernika, które daje się

wyczuć dokładnie. Zrostów nie ma. Wycięcie zwyczajnym sposobem.

Wycięty kawałek ma 8 cm. długości. Na dnie wrzodu widać światło naczyńka zatkanego skrzepem.

W przebiegu pooperacyjnym skarży się chory na kaszel i duszność; sinica na twarzy, liczne rzężenia po obu stronach klatki piersiowej słyszalne. Wśród tych objawów umiera chory.

S e k c y a wykazuje opadowe zapalenia w dolnym płacie płuca lewego. W prawem płucu, prawie bezpowietrznem, znajdują się ogniska rozpadające się i mocno cuchnące. Rozstrzeń oskrzeli; rozszerzone oskrzele wypełnia treść brudna i cuchnąca. Szew trzyma dokładnie; najmniejszego nie ma zadraźnienia otrzewny. Światło nowo utworzonego otworu przepuszcza 2 palce.

3) M. K. *Carcinoma pylori; Gastroenterostomia.*

Polowy, lat 50 liczący, przed 30 laty przebył dur, zresztą dotąd czuł się zdrowym. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed dwoma laty utratą apetytu, bólami żołądka, nudnościami, które w ostatnim czasie następowały prawie po każdem jedzeniu. Krwi w wymiocinach nigdy nie zauważył.

S t a n o b e c n y: indywiduum dobrze rozwinięte i dość dobrze odżywione. W płucach nieznaczny nieżyt oskrzelowy; serce zdrowe. Brzuch niezapadły; w okolicy żołądka widać nieznaczne wypuklenie. Przy obmacywaniu wyczuwa się guz twardy i nierówny, za oddychaniem poruszający się; od wątroby, nieco powiększonej, odgraniczyć się nie daje. Treść ze żołądka naczczo zawiera wiele niestrawionych resztek pokarmów, nie zawiera zaś ani kwasu solnego ani mlekowego. Pod mikroskopem: sarcyny, niestrawione włókna mięsne, skrobia, mnóstwo drobnoustrojów, tu i owdzie czerwone ciałka krwi. W 5 godzin po jedzeniu zawiera treść żołądkowa jeszcze bardziej i więcej niestrawionych włókien mięsnych. Wolnego kwasu solnego zupełny brak a kwas mlekowy w nieznacznej ilości.

W dniu 24. P a ź d z i e r n i k a 1893. w y k o n a n o g a s t r o e n t e r o s t o m i ę s p o s o b e m W ö l f l e r a. Z powodu rozległych zrostów i przerostów w gruczołach limfatycznych była resekcya niemożliwą.

Plica duodeno-jejunalis dała się odszukać z największą łatwością i pewnością, według przepisu W ö l f l e r a — i nie mogę pojąć tego, że odszukanie jej sprawia niektórym jeszcze dotąd trudności. W odległości 40—50 cm. od owego fałdu przyszyto pętlę jelita cienkiego do przedniej ściany żołądka w pobliżu zagięcia większego *(curvatura major)* w ten sposób, aby koniec odprowadzający znajdywał się w kierunku ruchów żołądka. N a p r z ó d z a ł o ż o n o d r u g i r z ą d s z w u C z e r n e g o (szew L e m b e r t a) n a t y l n e j ś c i a n i e ż o ł ą d k a — w z g l ę d n i e j e l i t a, bez p o p r z e d n i e g o n a c i ę c i a ś c i a n y. P o z a ł o ż e n i u t e g o s z w u (w f o r m i e k u ś n i e r s k i e g o) n a c i ę t o b ł o n ę s u r o w i c z ą i w a r s t w ę m i ę s n ą ż o ł ą d k a, w z g l ę d n i e j e l i t a, p o z o s t a w i a j ą c b ł o n ę ś l u z o w ą n i e n a r u s z o n ą t a k, ż e t r e ś ć w y p ł y w a ć n i e m o g ł a. M a ł e, z w ł a s z c z a n a ż o ł ą d k u, b r o c z ą c e n a c z y ń k a p o d w i ą z a n o k a t g u t e m. Po nacięciu rozeszły się brzegi ranki tak, ż e z ł a t w o ś c i ą d a ł o s i ę z a ł o ż y ć p i e r w s z y r z ą d s z w u C z e r n e g o n a t y l n e j ś c i a n i e. Teraz przecięto w linii cięcia błonę śluzową żołądka, względnie jelita. Aby treść nie wypływała, uniesiono do góry żołądek a równocześnie asystent zaciskał dwunastnicę. Szew kuśnierski na błonie śluzowej założono naprzód od tyłu a następnie od przodu przerwawszy go poprzednio w tym celu, aby zapobiedz kapciuchowemu ściągnieniu błony śluzowej, coby się zdarzyć mogło przy nieprzerwanym szwie okrężnym.

N a s t ę p n i e z a m k n i ę t o o t w ó r ż o ł ą d k o w o - j e l i t o w y p i e r w s z y m r z ę d e m s z w u C z e r n e g o; n a k o n i e c z a ł o ż o n o d r u g i r z ą d C z e r n e g o. O p r ó c z t e g o u w a ż a m z a r z e c z b a r d z o w a ż n ą d o d a ć j e s z c z e 2 — 3 s z w ó w L e m b e r t a p o o b u s t r o n a c h z a m k n i ę t e g o o t w o r u ż o ł ą d k o w o - k i s z k o w e g o, a b y z w i s a j ą c a p ę t l a j e l i t o w a n i e n a c i ą g a ł a w ł a s n y m c i ę ż a r e m b e z p o ś r e d n i o s z w ó w j e l i t o w y c h. Doprowadzający koniec jelita przyszywam wyżej do ściany żołądka, aby ułatwić odpływ żółci do pętli odprowadzającej. Podłożony strzęp gazy jodoformowej wyjmuje się i zespaja brzegi rany powłok brzusznych. W ten sposób wykonywałem oddawna gastroenterostomię i wszystkie następujące są tak samo założone.

Przebieg pooperacyjny w tym przypadku bez żadnych zboczeń; chory wyszedł z kliniki d. 12. Listopada 1893 r.

4) J. W. *Carcinoma pylori; gastroenterostomia.* Chory, lat 40 liczący, dziedzicznie nie obciążony. Od 10 miesięcy brak apetytu, nudności, wymioty, zatrzymanie stolców (czasami po 8 dni); bóle w okolicy żołądka rozpromieniające się na brzuch i w górę na lewą połowę ciała.

S t a n o b e c n y. Indywiduum znacznie osłabione z początkiem charłactwa. Brzuch w okolicy żołądka mocno wypuklony, za uciskiem bolesny; przy obmacaniu wyczuwa się guz nierówny, wielkości orzecha włoskiego w ścianie brzusznej, która wydaje się zrosła z żołądkiem, na którym wyczuwa się znaczniejszy guz. Lewy płat wątroby powiększony. Śledziony nie można oznaczyć. Organa klatki piersiowej prawidłowe.

Operacya 27. Października 1893. Po otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że oba guzy nie są z sobą zrosłe. Naprzód wycięto guz w powłokach brzusznych; następnie założono gastroenterostomię. O resekcyi nawet myśleć nie można było z powodu zrostu z wątrobą a sam żołądek był tak zajęty, że z trudnością znaleziono na przedniej ścianie tyle miejsca zdrowego, by założyć gastroenterostomię. Przebieg pooperacyjny dobry, ale cierpienia chorego nie wiele zmniejszyły się. Badanie mikroskopowe guza z pępka wykazało *adeno-carcinoma.*

5) M. N. *Carcinoma ventriculi; gastroenterostomia.* Wyleczenie. Chora, lat 37 licząca, dziedzicznie nie obciążona, dotąd zawsze zdrowa. Choruje od 8 lat na żołądek. Bóle w okolicy żołądkowej występują napadowo; jedzenie nie wpływa na nie. Bóle ustają dopiero po wymiotach, które mają smak mocno kwaśny a zawierają resztki pokarmów i żółć; tylko raz przed miesiącem miały być wymiociny podobne do fus z kawy. Stolec najczęściej zatrzymany, bardzo często całkiem czarny.

S t a n o b e c n y. Chora średniego wzrostu, dość dobrze odżywiona; serce i płuca prawidłowe. W okolicy żołądka znaczniejsze wypuklenie; żołądek rozszerzony i obniżony; oporność znaczniejsza i bolesność w okolicy odźwiernika, za każdem wprowadzaniem zgłębnika żołądkowego wymiotuje chora niestrawione resztki pokarmów w znacznej ilości.

O p e r a c y a 31. S t y c z n i a 1894. Po otwarciu jamy brzusznej znachodzimy przednią ścianę żołądka zdrową; guz zajmuje tylną ścianę, wydaje się zrosłym z trzustką. *Gastroenterostomia* sposobem zwykłym.

Przebieg pooperacyjny bez zboczeń; chora po 4 tygodniach odesłano do kliniki wewnętrznej celem badań czynności żołądka.

6) P. P. *Carcinoma pylori, gastroenterostomia.* Śmierć skutkiem osłabienia i charłactwa. Robotnik, 45. lat liczący, choruje od pół roku na żołądek. Od 6 tygodni leży w łóżku; w ostatnim czasie wymiotuje nawet płynne pokarmy; krwi nie było nigdy ani w wymiocinach ani w stolcach.

S t a n o b e c n y. Chory w najwyższym stopniu wyniszczony i osłabiony; znaczna rozstrzeń żołądka; w okolicy odźwiernika guz twardy, wielkości jabłka, nierówny. W treści żołądkowej brak wolnego kwasu solnego, za to wiele kwasów tłuszczowych i mlekowego, drożdży i kryształów z kwasów tłuszczowych.

Operacya 7. Grudnia 1893. *Gastroenterostomia* dała się tylko wykonać z powodów często już wymienianych a nadto i z powodu bardzo wielkiego osłabienia. Przebieg pooperacyjny bez szczególniejszych zboczeń. Pacyent umiera w nocy

z 8. na 9-ty dzień. Przy sekcyi rana po *gastroenterostomii* pokazuje się zupełnie zamknięta; nowo utworzony otwór zupełnie drożny; zadraźnienia otrzewny nie ma.

7) P. C. *Carcinoma pylori; gastroenterostomia*. Śmierć skutkiem osłabienia. Chora, licząca 28 lat, pochodzi z matki zmarłej na raka. Obecne jej cierpienie rozpoczęło się przed 7 laty, z początku lekkimi objawami kataru żołądkowego; przed paru miesiącami pogorszył się stan jej nagle; znaczne wystąpiły bóle, stolec zaparty, zapad sił.

Stan obecny. Chora jest bardzo wychudła i osłabiona. Przez wiotkie powłoki brzuszne dadzą się z łatwością wymacać granice rozszerzonego i obniżonego żołądka, jak również wykazać daje się guz, wielkości małego jabłka, twardy, o powierzchni nierównej, w prawem podżebrzu. Treść żołądka mocno kwaśna, zawiera wyraźne ślady kwasu solnego i kwasów tłuszczowych, sarcyny, rozmaite bakterye w znacznej ilości, kropelki tłuszczu, niestrawione resztki pokarmów.

Operacya 30. Grudnia 1893. Wykonano tylko gastroenterostomię (mimo braku zrostów) z powodu bardzo znacznego osłabienia. Chora po operacyi jeszcze bardziej osłabiona; tętno 120, ciepłota wieczorem 36·0, śmierć drugiego dnia wśród objawów zapadu.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

E. Luther (w Magdeburgu): **O wiewiórze** *(gonorrhoea)* **u kobiet.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Czy gonokoki mogą wywołać zapalenie otrzewnej?

Koch, który w kwestyi gonokoków w ogóle jest bardzo małomownym, nie przypuszcza tej możliwości. Martin mu zaś przeczy i ma racyę, bo z doświadczeń Wertheima wypada, że gonokok w otrzewnę zaszczepiony wywołuje zapalenie ropne. Grawitz powtórzył doświadczenia Wertheima na myszach i świnkach morskich a Ceppi w ropie otrzewnej miednicowej znalazł wyraźne gonokoki. Doświadczenia Wertheima uczą dalej i w tym względzie zgadzają się z doświadczeniem klinicznem, że zapalenie otrzewnej gonokokiem wywołane, nie rozpościera się po całej otrzewnej, ale ogranicza się do jednego punktu.

IV. Stósunek gorączki połogowej do zakażenia wiewiórowego.

Jestto stanowczą i znaczną zasługą Nöggeratha, iż zwrócił uwagę akuszerów na wpływ zakażenia narządu płciowego kobiecego gonokokami na sprawę poporodową. Wypociny okołomaciczne uważał za skutek tegoż zakażenia. Mac Donald tego samego jest zdania. Oddawna wiadomo, że w odchodach poporodowych (*lochiae*) znajdują się często gonokoki. Krönig znalazł w macicy gorączkujących położnic gonokoki. Nie ulega wątpliwości, że kobiety cierpiące na zakażenie wiewiórowe szczególniej w górnych częściach rodnych, wystawione są podczas porodu na poważne niebezpieczeństwo różnych powikłań, tembardziej, że, jak Zweifel wykazał, ropa stara gonokokami zanieczyszczona, jest dla bakteryj ropnych dostępniejszą, skutkiem czego łatwiej przyjść może do infekcyi mięszanej a więc do gorączki połogowej.

Opierając się zatem na badaniach Wertheima, Wittego i innych, należy w każdym przypadku chorobowym w narządzie płciowym u kobiet, badać bakteryologicznie i poszukiwać w ten sposób przyczyny choroby, która może mieć początek:

1) W zakażeniu stafilokokami, streptokokami i gonokokami.

2) W zakażeniu mięszanem wszystkich tych bakteryj.

3) W zakażeniu mięszanem innych bakteryj razem wziętych.

Zakażenie mięszane odbywa się, zdaje się, w ten sposób, iż gonokoki osadzając się w przewodzie rodnym, pierwszorzędną tu odgrywają rolę. Znajdują one tam znakomite warunki rozwoju i wzrostu i obejmują z czasem cały przewód rodny. Skutkiem jakiegoś urazu n. p. porodu, dostają się do tego przewodu i inne chorobotwórcze drobnoustroje, które albo w samem miejscu inwazyi albo i na inne narządy, lub do obiegu krwi przejść mogą. Gonokoki zatem są tym czynnikiem ułatwiającym zakażenie mięszane.

V. Zapatrywania na biologię gonokoków.

Z poprzedniego wiemy, że gonokok przeważnie sadowi się w narządzie płciowym i rzadko tylko w inne narządy wchodzi. Działanie jego jest czysto miejscowe a nie ogólne, nie wywołuje zatem zakażenia ogólnego n. p. posocznicy. Dostawszy się do komórki przybłonkowej lub do białego ciałka krwi, rozmnaża się w nim bardzo i niszczy je przez rozpad. Ta siła niszczenia leukocytów jest tylko jemu właściwą. Badając gonokoki na płytach, znajdujemy, że w 36° w atmosferze wilgotnej a skąpej w tlen, z całem upodobaniem, szczególniej w głąb, się rozrasta. Te same okoliczności zastaje ten drobnoustrój i na błonie śluzowej traktu płciowego a niszcząc komórki przybłonka dostarcza znakomitej pożywki dla młodszej swej generacyi. Idąc w ten sposób w głąb, przeciska się przez wszystkie warstwy aż do otrzewnej, która pierwsza mu opór stawia swą ogromną siłą resorbcyjną. Że do zakażenia ogólnego nie przychodzi, tłómaczyć tu można tylko znacznem napęcznieniem leukocytu gonokoki zawierającego, który skutkiem tego traci całą swą energię, na miejscu się osadza i do włosowatych naczyń krwionośnych ani do naczyń limfatycznych dostać się więcej nie może. Wertheim sobie i drugiej osobie wstrzyknął pod skórę czystą hodowlę gonokoków i otrzymał tylko miejscową reakcyę. Jeszcze jedno słowo o utajeniu (*Latenz*) zarazku wiewiórowego. Już Nöggerath uczył, że zarazek wiewiórowy może się utaić, to znaczy, że u osoby niegdyś chorej nie znajdujemy ani bakteryj ani objawów chorobowych. Nagle skutkiem jakiegoś zadraźnienia, czy to chemicznego czy mechanicznego, występuje jedno i drugie. Zdaje się, że przyczynę tego utajenia łatwiejbyśmy rozstrzygnęli, gdybyśmy znali zarodniki czyli spory gonokoków. Nie gonokok, ale jad jest ukryty. Tymczasem sporów koków jeszcze nie odkryto; znamy je tylko w prątkach i spiryllach. Być także może, że gonokoki wędrując z komórki do komórki i niszcząc je, tracą na swej sile a wszedłszy bezsilne do świeżych komórek, jako takie już w nich dłuższy czas pozostają, aż jakaś nieznana siła znów je poruszy z bezczynności. Oczywiście wszystko to jest tylko teoryą.

VI. Rozpoznanie.

Rozpoznanie wiewióra ostrego u kobiet jest łatwe i nie wymaga wielkiej biegłości. Rzecz przedstawia się trudniej w przypadkach przewlekłych, zadawnionych; w tych bowiem i badanie bakteryologiczne często zawodzi. Nöggerath następujące zebrał dane, celem łatwiejszego rozpoznania choroby w stanie przewlekłym:

1) Zasłabnięcie zdrowej przedtem kobiety wkrótce po zamążpójściu z objawami ogólnymi, nielicującymi z nieznacznemi zmianami w częściach płciowych.

2) Ropny wypływ przy braku owrzodzeń lub nowotworów.

3) Nieżyt przewodów gruczolików sromu i pochwy.

4) Figówki kończyste (*condylomata acuminata*).

5) Zapalenie jajowodów i okołomaciczne.

Do tych, dziś dodać należy:

6) Obecność gonokoków.

7) Ronienie i bezpłodność po pierwszem dziecku.

Najważniejsze z tych danych rozpoznawczych, są figówki i obecność koków. Jeżeli znajdujemy figówki bez innych objawów, to z obecności ich śmiało możemy rozpoznać wiewiór przewlekły. Że badanie bakteryologiczne

często nic nie wykazuje, to pochodzi z rzadkiego usadowienia się koków w wydzielinie, ale tem większego w tkankach. Często przy ujściach przewodów gruczołów Bartoliniego jakoteż i przy ujściu cewki moczowej, pozostają częściowe zgrubienia tkanki z powierzchownemi owrzodzeniami. Błona śluzowa pochwy traci swe fałdy, wygładza się i cieńczeje skutkiem częściowego zaniku. Skąpe mamy wiadomości o zachowaniu się błony śluzowej macicy. Uter znalazł złuszczanie się przybłonka z równoczesnem tworzeniem się złogów drobno-komórkowych.

Objawy podmiotowe nie dają się ująć w pewne ścisłe ramy.

W wiewiórze, zajmującym górną część narządu rodnego, występują podczas miesiączkowania mocne bóle z znacznym krwotokiem. Czas międzymiesiączkowy czasem nieprawidłowo przedłuża się do 6 tygodni. Pulsujący ból w podżebrzach jest charakterystycznym według Wertheima przy zajęciu części dodatkowych (*adnexa*). Nöggerath zwraca uwagę, iż powrotne zapalenie okołomaciczne (*recidivirende Perimetritis*) polega wyłącznie tylko na zakażeniu macicy i jajników. Występują wszelkie objawy zapalenia otrzewny i po kilku dniach ustępują, by po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu po jakimś urazie lub po porodzie znów wrócić. Zapalenie otrzewny na tle wiewióra odznacza się burzliwymi objawami, t. j. mocnym bólem, znaczną gorączką i obfitym wysiękiem. Objawy te ustępują w kilku dniach; tylko wysięk pozostaje przewlekłym, powoli się resorbując, przyczem nowe nasilenia nie są wykluczone.

VII. Rokowanie.

Śmiesznemby się na pozór wydawało twierdzenie, że kiła jest uleczną a wiewiór nie. Mimoto na zdanie to po największej części zgodzić się musimy. U mężczyzny wiewiór przedstawia pewne niedogodności dla niego samego, nuży go często swemi powikłaniami, jak n. p. zwężeniem cewki lub przewlekłem zapaleniem jądra, dla kobiety zaś jest on prawdziwem niebezpieczeństwem. Nigdy zatem bez obawy zupełnie dobrze rokować nie możemy. Zarazek każdej chwili i po latach może nowej nabrać siły a zająwszy górną część przewodu rodnego być każdej chwili powodem śmiertelnego zapalenia otrzewny, czy to działając wprost na nią, czy też skutkiem pękania ropniów jajowodów lub jajników.

VIII. Leczenie.

Leczenie wiewióra, czy to u mężczyzny, czy u kobiety, jest rzeczą niewdzięczną, albowiem zupełne wyleczenie należy do rzadkości. Trudno podać wszystkie metody lecznicze przez różnych lekarzy za najlepsze uznane, ilość ich bowiem niezmierna, co najlepszym dowodem, że żadna z nich nie cieszy się zupełnem powodzeniem. Najważniejszem pytaniem jest, czy ze względu, że w szyjce macicznej największa ilość gonokoków się znajduje, szyjkę tę przeważnie leczyć należy? Byłoby to wskazanem, gdybyśmy posiadali lek niszczący gonokoki. Takiego leku dotychczas nie mamy. Wszelkie leczenie macicy w okresie ostrym prowadzi do groźnych powikłań. Tylko w okresie przewlekłym można leczyć i śródmacicznie, jednak z wielką ostrożnością a najlżejszy objaw podrażnienia górnych części rodnych, najczęściej objawiający się bólem, powinien stanowić granicę leczenia. Próbowano także leczyć szczególniej jajowody masażem, macicę zaś samą niektórzy rozszerzają i drenują, celem utorowania drogi wydzielinie ku pochwie. U mężczyzn czekamy z leczeniem aż okres ostry przeminie, u kobiet postępowanie takie byłoby błędem. Natychmiast powinno się przystąpić do czynności leczniczej, aby cierpienie osłabić i ograniczyć do pochwy. Niestety cierpienie w pierwszym okresie rzadko jest przedmiotem leczenia. Kobieta wyszedłszy za mąż, nagle dostaje wypływu i albo uważa to za rzecz obojętną albo niechętnie idzie do lekarza. W okresach późnych trzeba chwycić i za nóż. Mikulicz z wynikiem szczęśliwym otwierał jamę brzucha po pęknięciach ropni w jajowodach lub jajnikach.

Leczenie poronne (*abortivum*) nie prowadzi do celu. Nie mamy bowiem leków, któreby mogły zniszczyć gonokoki za jednym zamachem, leki zaś w celach poronnych używane zanadto skutkiem siły swej przewód rodny zadrażniają i prowadzą do powikłań.

Najlepszą metodą leczniczą są irygacye pochwy lekkim rozczynem jakiegokolwiek leku, bądź ściągającego, bądź odrażającego. Siarkan miedziowy lub sublimat najlepiej nadają się do nich. Tamponowanie pochwy tamponami maczanymi w zawiesinie glicerynowo-jodoformowej wspiera leczenie. Prócz tego zaleca się spokój, odpowiednią dyetę i regularny stolec. Przy tem leczeniu pochwa wkrótce wraca do dawnego stanu. Jeżeli zarazek przeszedł i na macicę, natenczas należy ujście maciczne rozszerzyć laminaryą i przepłukiwać 1‰ rozczynem siarkanu miedzi. W *endometritis* i *metritis gonorrhoica* używają niektórzy także wyskrobania (*curettement*). W zajęciu jajowodów i jajników jużto zimne okłady, jużto miejscowe upusty krwi (pijawki), sprawiają pewną ulgę. W cięższych przypadkach laparotomia wchodzi w swe prawa.

IX. Niepłodność małżeńska.

Ostatecznym wynikiem zakażenia wiewiórowego u kobiet jest niepłodność a tym sposobem rzecz cała wchodzi w obręb spraw socyalno-państwowych. W niższych warstwach ludności, w których mężczyzni wcześniej mogą się żenić, i żenią, niepłodność do rzadkich należy wyjątków. W warstwach wyższych a szczególniej wśród uczącej się inteligencyi, mężczyzni nie mogąc się wczas żenić, dłużej hołdują kapłankom Wenery, skutkiem czego późniejsze ich małżeństwa są bardzo często niepłodne. We Francyi 20% małżeństw nie cieszy się potomstwem. Zazwyczaj dotychczas, jeżeli małżeństwo niema potomstwa, żonę poddaje się oględzinom lekarskim.

Czas już największy, ażeby w takich przypadkach najpierw badać męża. Przyczyną niepłodności po wiewiórze u mężczyzn są zwężenia cewki i zapalenia jąder lub przyjądrza, u kobiet zaś blizny w pochwie, przewlekły wysięk z macicy, ciągłe łuszczenie przyskórka sprawiające zatkanie ujść jajowodów i zmiany w ich błonie śluzowej, nareszcie zwyrodnienie miąższowe jajników. Prostytutki skutkiem tego są najczęściej niepłodne.

X. Zapobieganie.

Zdanie „lepiej zapobiedz, niż leczyć“, najłatwiej można zastósować do chorób płciowych. Na polu zapobiegawczem dałoby się niezmiernie wiele zdziałać, gdyby rozporządzenia rządów szły ręka w rękę z zarządami gmin i radami lekarskiemi. Domowy lekarz winien zwracać uwagę młodzieży na niebezpieczeństwa grożące z zakażenia wiewiórem a stanowczo powinien się sprzeciwiać zawieraniu małżeństw przez mężczyzn jeszcze zupełnie nieuleczonych. Rządy przedewszystkiem powinny przeprowadzić:

1) Uregulowanie prostytucyi przez urządzenie domów publicznych. Zabranianie nierządu poza niemi.

2) Ściślejsze badanie prostytutek.

3) Przymusowe badanie mężczyzn dom publiczny odwiedzających.

4) Zaprowadzenie kar na tych, którzy wiedząc, że są zarażeni, mimo to spółkują.

5) Obowiązkowe donoszenie władzom przez lekarzy o każdym leczonym przypadku. (*Sammlung klin. Vorträge Nr. 82—83, 1893*). *Dr. Mendelsburg.*

Zapiski terapeutyczne.

O. Feis. (Z kliniki ginekologicznej w Gietyndze). Przyczynek do sprawy i techniki wlewania soli kuchennej pod skórę w ostrej niedokrewności. Po znacznej utracie krwi zmniejsza się ciśnienie krwi w naczyniach tak, iż ustaje jej krążenie i to jest właśnie przyczyną śmierci przez skrwawienie się a nie, jak mniemano dawniej, utrata składników morfotycznych krwi.

Zadanie przeto terapeutyczne w znacznych utratach krwi polega oprócz wstrzymania dalszego krwotoku, jak się samo przez się rozumie, na staraniu się o lepsze napełnienie naczyń w celu podniesienia ciśnienia krwi i przywrócenia jej krążenia.

Że tym wskazaniom możemy zadosyć uczynić przez wprowadzenie do ustroju obojętnego, 0.6% rozczynu chlorku sodu (NaCl), dowodzi doświadczenie nie tylko fizyologiczne, ale i kliniczne.

Do wprowadzenia owego płynu nadają się dwie drogi: układ żylny i tkanka łączna podskórna.

Wprowadzenie płynu do żył, jakkolwiek nieraz już pomyślnym skutkiem uwieńczone, nie jest ani bardzo łatwem, ani zupełnie bezpiecznem, wymaga dosyć skomplikowanego narządu i trudno, by się obeszło bez asystencyi; nie może przeto stać się ogólną własnością lekarzy, co w operacyi mającej wprost życie ratować, jest rzeczą szczególniejszej wagi.

Wprowadzenie natomiast rozczynu chlorku sodu pod skórę, nie ma żadnych tych niedogodności, wessanie odbywa się bardzo prędko i rychło też podnosi się tętno, ustępuje uczucie zimna, twarz ożywia się.

Pomijając spostrzeżenia w leczeniu cholery podskórnemi wlewaniami rozczynu, o którym mowa, należy się Münchmeyerowi zasługa wykazania na podstawie dosyć znacznej liczby spostrzeżeń klinicznych, że wlewania rozczynu chlorku sodu są bardzo stósowne w krwotokach u kobiet.

Feis przytacza w tej mierze trzy własne przypadki dobrego działania przerzeczonych wlewań. Wszystkie tyczą się krwotoków pooperacyjnych. W pierwszym, w krwotoku z przyczyny raka części pochwowej, wstrzyknięto z bardzo dobrym skutkiem 600 gramów 0.6% rozczynu chlorku sodu w okolicę podobojczykową, w drugim, w krwotoku po ciężkiej laparotomii w celu usunienia schorzałego jajnika, wlano z dobrym również skutkiem 300 gramów wymienionego rozczynu a w trzecim, również tyczącym się krwotoku po laparotomii w celu usunięcia także schorzałego jajnika, wstrzyknięto ze skutkiem, co prawda, tylko przemijającym, dwa razy po litrze rozczynu chlorku sodu. Śmierć jednak nastąpiła w tym razie wśród przypadów osłabienia czynności serca a sekcya wykazała między innemi zmianami stłuszczenie wątroby i zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego.

Instrumentaryum do wlewania rozczynu chlorku sodu pod skórę jest bardzo proste i składa się z trzech igieł (dla zapasu) właściwych, rurki kauczukowej, lejka szklanego i termometru.

Do operacyi nadaje się najlepiej okolica podobojczykowa. Po należytem zdesinfekcyonowaniu skóry, podnosi się jej fałd i wbija igłę podczas wypływania z niej rozczynu, by uniknąć dostania się powietrza pod skórę. Rozumie się samo przez się, że wszystkie narzędzia do operacyi używane przedtem są należycie oczyszczone i kwasem karbolowym zdesinfekcyonowane. Dla ułatwienia wpływania cieczy pod skórę, należy igłę poruszać w rozmaitych kierunkach w wiotkiej tkance podskórnej a jeżeli utworzy się obrzmienie pod skórą skutkiem nagromadzenia się płynu w jednem miejscu, to miejsce to trzeba nieco pomasować. W ten sposób postępując, można w 10 do 15 minut wprowadzić pod skórę i litr płynu, przyczem baczyć należy, by płyn zawsze znajdował się w lejku. Po operacyi miejsce wbicia igły opatrzyć trzeba watą antyseptyczną, którą przytwierdza się zwykłym przylepcem. (Rozumie się także, iż płyn do wlewania przeznaczony musi być ogrzany do ciepłoty ciała. Przyp. spr. *Przeglądu Lekarskiego*).

Ażeby w razie potrzeby można rychło mieć 0·6% rozczyn soli kuchennej, zaopatrywano się dawniej już naprzód w odważoną ilość wyjałowionego chlorku sodu, stósownie przechowywanego. Dla ułatwienia postarał się Feis o pastylki zawierające po 3 gramy NaCl wyjałowionego, z których dwie rozpuszczone w litrze wody, świeżo przegotowanej i do temperatury ciała oziębionej, dają właśnie 0·6% czyli fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Pastylki owe przechowuje się w wyjałowionem przez gorąco naczyniu szklanem. *(Ther. Mtshefte. Luty 1894)*.

— Idąc za zaleceniem Landouzego, Debovego, Lichtheima i innych używał Maillart w 14 przypadkach duru brzusznego z pomyślnym skutkiem wprowadzania do ustroju znacznych, od 5 do 6 litrów na 24 godzin, ilości wody w postaci wody zwykłej, bulionu, mleka, limonady lub mięszaniny wody z winem przez cały okres gorączkowy i przekonał się, że podczas tego postępowania obniża się powoli gorączka, znika suchość języka i jamy ustnej i uspakajają przypady ze strony układu nerwowego, narządu krążenia i nerek. Nie widać natomiast wpływu na trwanie choroby.

Takie leczenie podobne do przemywania wewnętrznego ustroju, zalecanego w pewnych otruciach i zakażeniach przez prof. Sahlego z Berna, lecz odeń prostsze podnieca utlenienie przez większe wyrabianie mocznika i sprzyja wydzielaniu się toksyn przez płuca, skórę i nerki; chorzy przystają nań chętnie a da się użyć nawet w razie osłabienia serca. (*La semaine médicale 31. Marca 1894*).

— Prof. R. Feletti w Katanii otrzymał bardzo dobre skutki lecznicze z użycia eterowego wyciągu korzenia paproci *(extum radicum filicis maris aethereum)* w torbielach wodunkowych (*cystis hydatidosa)* zadając go po 40 do 50 centygramów na dzień; pod wpływem bowiem tego leczenia torbiele zmniejszyły się rychło bardzo znacznie a nawet w dwóch przypadkach na trzy zniknęły zupełnie.

— W numerze 11. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. podaliśmy przepis na sporządzanie krystaliny, bardzo przydatnej do leczenia niektórych chorób skórnych. Obecnie podaje E. Thibault w Paryżu nowy przepis na przyrządzanie lepszej krystaliny zrobionej przez rozpuszczenie bawełny strzelniczej w mięszaninie czystego alkoholu metylowego z octanem amilowym również czystym:

40) Rp. *Pyroxylini* 5·00
Alcoholi methylici puri 20·00
Amyli acetici puri 75·00

Krystalina ta nadaje się wybornie do opatrywania na twarzy, tworząc plewkę bardzo giętką i cienką, stósującą się do najdelikatniejszych rowków w skórze, nie pękającą i ztąd prawie niewidzialną.

— Do pomazywania zgłębników do cewki moczowej zaleca F. Guyon w Paryżu maść:

41) Rp. *Saponis pulverati* 50·00
Glycerini
Aquae destil. aa 25·00
Sublimati corrosivi 0·02
MDS. Zewnętrznie.

Maść ta jest aseptyczna, nie drażni cewki, ułatwia znakomicie kateteryzowanie, bo robi zgłębnik o wiele śliższym, niż wazelina, oliwa, tłuszcze i czysta gliceryna.

— W zapaleniu błoniczem gardła (*angina diphtheritica*) używa A. da Sacco z dobrym skutkiem pomazywania lekko błon wrzekomych po trzy razy dziennie mięszaniną:

42) Rp. *Benzini* 12·00
Ttrae jodi 2·00
MDS. Zewnętrznie.
Zakłócić przed każdem użyciem.

(*La semaine médicale 28. Marca 1894*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

II. Posiedzenie z dnia 2. Marca 1894.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 32.

1) Kol. przewodniczący zawiadamia, że z powodu śmierci prof. Billrotha wysłał imieniem Sekcyi telegram kondolencyjny do Towarzystwa lek. wiedeńskiego.

2) Kol. Schramm przedstawia chłopaka z *epispadiasis penis.* Żołądź zatyka otwór lejkowaty doprowadzający do pęcherza, z którego odpływa mocz po odciągnięciu żołędzi. Kol. S. wykonał już u chorego częściową plastykę sposobem Thierscha.

3) Kol. Wiczkowski przedstawia preparaty anatomiczne z dwóch przypadków raka odźwiernika.

W pierwszym przypadku zwężenie odźwiernika było znaczne, rak był wybitny, pomimo to jednakże odżywienie ogólne było bardzo dobre, bo stan reszty żołądka nie przedstawiał zboczeń patologicznych.

Drugi żołądek znacznie powiększony, ściany jego ścieńczałe, zwężenie odźwiernika nie dochodziło do tych rozmiarów, co w pierwszym przypadku a pomimo to wyniszczenie ogólne było znaczne. Nadto istniały tutaj zrosty z wątrobą i śledzioną.

Według prelegenta charakterystyczną właściwością dla raka żołądka wydaje się brak kwasu mlekowego, którego kol. W. nie znajdywał w przypadkach, gdzie był rak wybitny a nawet kwas solny się znajdywał w treści żołądkowej. To samo spostrzeżenie zrobił kol. W. w drugim przypadku przedstawionym. Kol. W. nawiązuje do tego przypadku uwagi o badaniu i rozpoznawaniu raka żołądka.

W drugim przypadku raka odźwiernika wykonał kol. Ziembicki gastroenterostomię. Chora umarła w kilka dni po operacyi skutkiem wycieńczenia. Sekcya wykazała zlepne zapalenie otrzewny, raka odźwiernika, znaczną rozstrzeń żołądka, zrosty z wątrobą i śledzioną i zajęcie okolicznych gruczołów.

Kol. Ziembicki podaje szczegóły z historyi choroby i ze sposobu postępowania podczas operacyi. Chora była bardzo wynędzniałą (przed operacyą ważyła tylko 41 kilogr.) i nie można się było spodziewać korzystnego wyniku z operacyi.

Kol. Schramm zwraca uwagę na zrosty otrzewnowe, które często są przyczyną znacznych bólów i ciężkiego cierpienia, i zachęca do częstszego stosowania laparotomii w takich przypadkach. Kol. S. przytacza przypadek, w którym u kobiety z powodu częstych napadów bólów w jamie brzusznej wykonano laparotomią. Otwarcie jamy brzusznej wykazało tylko zrosty pomiędzy pętlami jelit. Po rozdarciu tych zrostów chora była wyleczoną. Laparotomia obecnie nie jest już tak niebezpiecznym zabiegiem, ażeby jej nie wykonywać w przypadkach podobnych, w których przypuszczamy tylko zlepy otrzewnowe pomiędzy kiszkami. Stosunkowo nieznaczny zabieg, t. j. rozdarcie zlepów może uwolnić chorego od ciężkiego cierpienia.

Kol. Skałkowski zwraca uwagę na znaczne bóle wywoływane często przez przepukliny pępkowe. Bóle te także są wywołane zrostami otrzewnowymi.

Kol. Wiczkowski jest także zdania, że zrosty otrzewnowe są częstą przyczyną znacznych bólów w jamie brzusznej i że rozdarcie zlepów może wyleczyć chorego. Tem się tłumaczy korzystny wpływ mięsienia, w ten sposób bowiem może się udać rozluźnienie zrostów.

Kol. Barącz zachęca do robienia gastroenterostomii sposobem Senna a w szczególności z modyfikacyą kol. Barącza, który używa płytek z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionej.

Kol. Wehr przemawia również za sposobem Senna, sądzi jednakże, że płytki z kości odwapnionej są lepsze o tyle, że mogą być po odpowiedniem przygotowaniu przechowane w słoiczkach i wzięte ze sobą przez operatora podobnie jak dreny lub jedwab, gdy płytki z brukwi muszą być każdym razem dopiero przygotowywane.

Kol. Barącz jako wadę płytek z kości odwapnionej przytacza tę okoliczność, że często są niedostatecznie odwapnione, co może łatwo spowodować odgniecenie (*decubitus*) i septyczne zapalenie otrzewny. Trudności zaś w dostaniu brukwi i w sporządzeniu z nich płytek nie są tak znaczne, jak to sobie kol. Wehr wyobraża.

4) Kol. Wiczkowski przedstawia preparat anatomiczny: *endocarditis et aortitis verrucosa.*

5) Kol. Wehr przedstawia chorego z p r o m i e n i c ą w twarzy i na szyi, jakoteż ropę i preparaty drobnowidowe z tego przypadku. Kol. W. nawiązuje do tego przypadku uwagi nad odróżnieniem promienicy od innych chorób, które uważa za łatwe i przytacza oprócz znanych objawów jako stałą cechę b r a k z a j ę c i a g r u c z o ł ó w. Wreszcie podaje kol. W. przegląd sposobów barwienia preparatów drobnowidowych.

Kol. Barącz potwierdza z własnego doświadczenia spostrzeżenie kol. Wehra, że gruczoły chłonne w promienicy nie są zajęte. Kol. B. obserwował ogółem około 50 przypadków promienicy a w żadnym nie dostrzegł zajęcia gruczołów.

Co się tyczy leczenia promienicy, to pierwotnie skłaniano się do doszczętnego usunięcia miejsc zajętych, obecnie zaś jest więcej zwolenników leczenia przez nacięcie i wyłyżeczkowanie ogniska. Kol. B. widział kilka przypadków samodzielnego wyleczenia u chorych, którzy się nie chcieli poddać operacyi. Wreszcie kol. B. zastanawia się nad rokowaniem w promienicy. Przypadki promienicy szczęki, twarzy i szyi są korzystne; w promienicy klatki piersiowej rokowanie jest zawsze złe a przypadki promienicy brzusznej również prawie wszystkie giną.

Na interpelacyę kol. Wiczkowskiego, jaką drogą szerzy się promienica, kol. Wehr odpowiada, że obieg limfatyczny jest wykluczony. Zdaniem kol. W. szerzy się promienica tylko albo drogą naczyń krwionośnych albo przez ciągłość (*per continuitatem*). W przypadkach promienicy brzusznej tworzą się tym sposobem drogą naczyń żyły bramnej najczęściej przerzuty w wątrobie, z drugiej strony zaś w skutek zrostów otrzewnowych przez ciągłość powstaje promienica ścian brzusznych. Promienica płuc (pierwotna) powstaje najczęściej w ten sposób, że zarodniki bywają wdechiwane i wywołują zapalenie oskrzeli, okołooskrzelowe, miąższu płuc, zapalenie opłucnej, *peripleuritis* a wreszcie promienicę klatki piersiowej. W innych przypadkach infekcya przejść może na płuca drogą przełyku, wywołując po przebiciu ściany przełyku zapalenie śródpiersia, opłucnej, *peripleuritis* i t. d. Tutaj należy przypadek Israela, w którym po połknięciu zęba nastąpiło przebicie do śródpiersia i do płuc (promienica płuc) i przypadek Soltmanna, w którym wystąpiła przedkręgowa *phlegmone* promienicowa po połknięciu kłosa.

Kol. Kadyi zwraca uwagę na podobieństwo sprawy chorobowej w promienicy do słoniowaciny. Słoniowacina powstaje, jak wykazał Teichmann, skutkiem zatkania naczyń limfatycznych. Należałoby zbadać, czy w promienicy sprawa nie jest analogiczną. W promienicy spostrzegamy również bujanie tkanki łącznej, w której znajdują się tylko bardzo małe ropnie a przerost tkanki łącznej jest tak znaczny, że dawniej oznaczano sprawę chorobową jako *sarcoma.* W każdym razie okoliczność, że promienica nie szerzy się drogą naczyń limfatycznych, przemawiałaby za tem, że w promieniczej tkaninie nie ma naczyń limfatycznych a względnie, że naczynia limfatyczne sąsiedztwa nie są drożne.

Kol. Wehr zwraca uwagę, że przypuszczenie kol. Kadjego przemawia bardzo do przekonania. Może być, że oprócz naczyń limfatycznych także naczynia włosowate bywają zaraz z rozpoczęciem się sprawy chorobowej z przyczyny bujania tkanki łącznej zatkane, skutkiem czego nie mogą powstać przerzuty, które występują dopiero po zajęciu naczynia większego kalibru.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 5. Kwietnia 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie od 18. do 21. Lipca 1894.

Do udziału w tym Zjeździe mamy zaszczyt zaprosić wszystkich polskich uczonych, których to dotyczy a zarazem zawiadomić ich, że oprócz dwóch ogólnych zgromadzeń Zjazdu odbywać się będą posiedzenia sekcyjne. Przedmiotem tych posiedzeń będzie nie tylko podanie do ogólnej wiadomości wyników własnych badań członków Zjazdu, ale także przedstawienie najżywotniejszych spraw, o ile możności z wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej i przyrodniczej a to przez uproszonych do tego lub zgłaszających się referentów.

W razie zamierzonego podania takich komunikatów lub referatów upraszamy o przesłanie ich tytułów pod adresem gospodarza sekcyi najpóźniej do 25. Czerwca 1894.

Zarazem zwracamy uwagę każdego prelegenta, że w pamiętniku Zjazdu mogą być umieszczone tylko streszczenia prac przedstawionych na Zjeździe i tylko wtedy, jeżeli autorowie dostarczą gospodarzowi sekcyi przed rozpoczęciem posiedzenia zupełnie do druku przygotowanego rękopisu.

Gdyby który z prelegentów potrzebował do objaśnienia swego wykładu jakichkolwiek środków pomocniczych

lub miał jakie szczególne życzenia, prosimy o wcześniejsze powiadomienie gospodarza sekcyi celem uwzględnienia, ile możności.

Lwów dnia 14. Marca 1894.

Dr. Józef Merunowicz, *Dr. Emil Habdank Dunikowski,*
Przewodniczący Wydziału gospod. Zjazdu.

Dr. Józef Siemiradzki. Dr. Edward Mukowicz,
Sekretarze Zjazdu.

Gospodarzami sekcyj są:

1. Prof. Dr. Henryk Kadyi (ul. Zielona 15) medycyny teoretycznej.
2. Dr. Wiktor Opolski (ul. Wałowa 13) higieny i medycyny sądowej.
3. Dr. Oskar Widman (ul. Grodzickich 2) medycyny wewnętrznej.
4. Dr. Grzegorz Ziembicki (ul. Trzeciego Maja 5) chirurgii.
5. Dr. Władysław Bylicki (ul. Kościuszki 7) ginekologii i położnictwa.
6. Dr. Emanuel Machek (ul. Wałowa 4) okulistycznej.
7. Prof. Dr. Królikowski (Szkoła Weterynaryi) weterynaryjnej.
8. Dr. Józef Rożański (ul. Kraszewskiego) chorób skórnych i wener.
9. Prof. Pawlewski (gmach Politechniki) i Dr. Jan Rucker (apteka pod srebrnym orłem) chemii i farmacyi.
10. Prof. Oskar Fabian (Uniwersytet) fizyki i matematyki.
11. Prof. Dr. Emil Dunikowski (Uniwersytet) mineralogii, geologii i geografii fizycznej.
12. Prof. Maryan Łomnicki (IV. Gimnazyum) zoologii i anatomii porówn.
13. Prof. Dr. Teofil Ciesielski (Uniwersytet) botaniki.
14. Prof. Dr. Raciborski (Uniwersytet) psychologii.

— Dnia 4. b. m. odbyło się posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem przyjęto jednomyślnie na czynnego członka Dra Szymona Lermera. Następnie kol. Dr. Nowak zdał tymczasowo sprawę ze swych badań nad dyfteryą. W dyskusyi przemawiali koll.: Raczyński, Murdzieński, Kwaśnicki, Ponikło i prelegent; w końcu mówił kol. Wachholz: o zmianach w narządzie oddechowym w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

— Mając ze strony jednego z uczestników przyobiecane zdanie sprawy z odbywającego się co właśnie międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie ograniczamy się tutaj do podania tylko niektórych szczegółów.

Wystawę lekarsko-higieniczną otwarto 28. z. m. w obecności prezydenta ministrów Crispiego; wieczorem tego dnia odbyło się w pałacu wystawy uroczyste przyjęcie członków kongresu.

Na pierwszem posiedzeniu inauguracyjnem przemawiał prócz wymienionych w telegramie w Nrze 13. *Przeglądu Lekarskiego* także książę Ruspoli, jako syndyk imieniem Rzymu. Minister Baccelli przemówił w klasycznej łacinie a po włosku Virchow, na którego wniosek, przyjęty wielkim aplauzem, mianowano komitet przygotowawczy kongresu zarazem komitetem dyrygującym a tem samem ministra prof. Baccellego prezesem kongresu.

Do wieczora 29. Marca było zapisanych członków kongresu 6725, między nimi 961 z Niemiec, 734 z Anglii, 711 z Austro-Węgier, 671 z Francyi. Z innych krajów znacznie mniej. Prócz tego jest 1200 dam. Ostatni międzynarodowy kongres w Berlinie liczył 5526 członków.

— Jak zawsze o tej porze, tak i w bieżącym roku ze zwykłą punktualnością ukazało się temi dniami na widok publiczny 21. zdanie sprawy Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1893. Wyjmujemy z niego następujące szczegóły:

Dzieci (od lat 1—12) przyjęto 971, osesków 249, mamek 107, leczono ambulatoryjnie 4912, zaszczepiono 59, razem przeto było w opiece lekarskiej 6298 osób.

Z roku 1892 zostało w szpitalu 64, przyjęto 971, było więc w leczeniu 1035, z czego wyszło uleczonych 604 (58·36%), z polepszeniem 43 (4·15%), nieuleczonych 56 (5·41%), zmarło 283 (27·34%), pozostało na rok bieżący 49 (4·74%).

W klinice pedyatrycznej największy (110 przypadków) zastęp chorych był z dławcem błoniczym krtani (*laryngitis crouposa diphtheritica*). Z tych 110 chorych zaledwie 15 zdołano wyleczyć środkami wewnętrznymi, u pozostałych 95 dokonano w miarę wskazania intubacyi lub tracheotomii.

Tracheotomij było 29; w trzech przypadkach z powodu wytworzenia się ziarniny w tchawicy zrobiono następową intubacyę ze skutkiem pomyślnym.

Z tracheotomowanych uleczono 6 (20·6%), zmarło 23 (79·4%). Intubacyj było 66, które w 16 przypadkach nie odniosły skutku; w nich zrobiono zatem następową tracheotomią; z dzieci tych jednak ledwo jedno uratowano a 15 zmarło.

Z intubacyą wyleczono 27 (41%), nieuleczono 5 (7%), zmarło 34 (51·5%).

Z nagminnem zapaleniem opon mózgordzeniowych było w klinice 36 dzieci. Pierwsze przypadki pojawiły się w Lutym (4), największa liczba była w Maju (11). Z leczonych przebyło chorobę 22, zmarło 12, pozostało na rok bieżący 2. Z 22 utrzymanych przy życiu połowa (11) tylko opuściła szpital w zadawalniającym stanie zdrowia. Z drugiej połowy troje zabrano podczas choroby, pięcioro wyszło z zupełną prawie utratą słuchu, jedno z rozległemi porażeniami, jedno z upośledzeniem wzroku, jedno wreszcie z widocznemi zboczeniami umysłowemi.

Wydatek dzienny na chorego w szpitalu wyniósł 52 centy. W lecznicy rabczańskiej otwartej od 20. Maja do 2. Października utrzymywano kolejno 78 dzieci. Przybytek dzieci na wadze dochodził nieraz do 5 kilogramów.

— Wojenno-lekarska akademia w Petersburgu wyznaczyła komisyę złożoną z profesorów Popowa (terapeuty), Beliarminowa (okulisty) i Pawłowa (farmakologa) do umiejętnego zbadania działania terapeutycznego rośliny *ephedra vulgaris* w celach leczniczych przez lud powszechnie używanej.

— W celu wzmocnienia nadzoru sanitarnego podzielono sposobem próby Warszawę na trzy obwody sanitarne i mianowano dla nich lekarzami Drów J. Polaka, Janowskiego i Sawczenkę.

— W roku 1893. było według dat urzędowych w Warszawie 690 lekarzy (w tem 314 pozostających w służbie rządowej), 40 weterynarzy, 61 dentystów, 413 felczerów i 72 uczniów, 66 masażystów, 285 akuszerek, 47 aptek. (*Zdrowie. Marzec 1894*).

— **Nekrologia.** Karol Brown-Séquard, znany fizyolog i profesor fizyologii w Paryżu, urodzony w r. 1817. zmarł temi dniami.

Redakcya otrzymała:

A. Ciechomski i M Jakowski: Niezwykle długo trwający odbyt sztuczny. Badania chemiczno-bakteryologiczne nad zawartością kiszek cienkich.

M. Jakowski. Przyczynek do badań nad sprawami chemicznemi w kiszkach u człowieka. Z pracowni prof. M. Nenckiego w Bernie. (Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*).

M. Jakowski. W kwestyi etyologii zapalenia opłucny. Z pracowni bakteryologicznej szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. (Odbitka z *Gazety lekarskiej* 1892).

M. Jakowski. Beitrag zur Frage über die sogenannten Mischinfektionen der Phthisiker. Untersuchungen des Blutes der Phthisiker in der hektischen Periode. (Odbitka z *Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde*).

M. Jakowski. K izsledowaniam nad chimiczeskam processam w kiszkach u czełowieka. Contributions a l'étude des processus chimiques dans les intestins de l'homme. (Odbitka z *Archiwu Biologiczeskich Nauk*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 14. Kwietnia 1894 r. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. O fizyologii odruchów.

Wykład habilitacyjny

Dra ADOLFA BECKA.

Panowie! Badania ostatnich czasów wykazały, że w ustroju ludzkim i zwierzęcym każdy stan czynny, czy to ruch mięśni, czy też wydzielina gruczołów, powstaje nie inaczej, jak tylko pod wpływem podniet. Wszelkie czynności dynamiczne ustroju a więc nawet te, które dotąd uważano za automatyczne, powstające samodzielnie, jak n. p. ruchy serca lub oddychania, obecnie musimy uważać za następstwo podniety lub całego szeregu podniet, działających bądź wprost na narząd, który czynność tę wykonywa, bądź też na odleglejsze części ustroju. Co więcej i czynności psychiczne, świadome są bezwątpienia wynikiem działania pewnych podniet, które, rzecz naturalna, nie zawsze jesteśmy w stanie wykazać.

Jak Panom wiadomo, już ustroje najniższe, jednokomórkowe zdolne są, przynajmniej do pewnego stopnia, przyjmować wrażenia świata zewnętrznego i odpowiadać na nie pewnego rodzaju ruchami; zdolność tę posiada komórka w całości. W ustrojach wyższych, gdzie dla wszelkich czynności istnieją osobne, wyspecyalizowane narządy, znajdujemy i dla tej kategoryi czynności, t. j. dla przyjmowania wrażeń i wykonywania czynności dynamicznych, również tkanki wyspecyalizowane: osobne dla odczuwania podniet działających na ustrój a osobne dla odpowiadania na nie pewnymi ruchami.

Tym, że się tak wyrażę, pośrednikiem między światem zewnętrznym a organizmem zwierzęcym jest u k ł a d n e r w o w y. Do odbierania wrażeń przystosowane są tylko zakończenia obwodowe w nerwach czuciowych umieszczone w pewnych okolicach ciała, niektóre z nich w osobnych narządach, zwanych zmysłami. Zakończenia nerwowe połączone są za pomocą włókien nerwowych z ośrodkami rdzenia i mózgu, które posiadają zdolność odczuwania odebranych wrażeń. Stan czynny tych ośrodków może, jeżeli jest dość mocny, udzielić się w dalszym ciągu ośrodkom innej kategoryi, również zajdujących się w mózgu i rdzeniu, zkąd następnie przenosząc się po nerwie odśrodkowym do mięśni lub gruczołów, wyraża się na zewnątrz czynnością dynamiczną tych narządów.

Stan czynny zatem powstały w nerwach dośrodkowych pod wpływem bodźca zewnętrznego nie przenosi się wprost ztąd na włókna nerwów odśrodkowych, lecz musi przejść przez inny rodzaj pierwocin czyli elementów, stanowiących ważny składnik układu nerwowego środkowego, t. j. przez o ś r o d k i n e r w o w e. One to są wyposażone we własność zmieniania ruchu nerwowego z kierunku dośrodkowego w odśrodkowy a więc przenoszenia stanów czynnych z jednych nerwów na drugie.

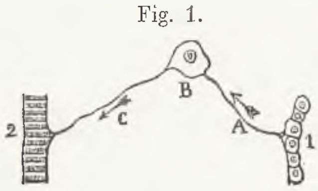
Ośrodki nerwowe są dwojakiego rodzaju, jedne z nich odznaczają się tem, że ich stan czynny dochodzi do naszej świadomości, czynność zaś drugich, jakkolwiek może objawić się na zewnątrz ruchem, odbywa się bez współudziału świadomości. O ile ze spostrzeżeń dotychczasowych wnosić można, ośrodki pierwszej kategoryi, w których powstają wrażenia uświadomione i świadome popędy do ruchu, mają swą siedzibę w półkulach mózgowych a mianowicie w korze mózgowej; ośrodki drugiej kategoryi, których stany czynne nie dochodzą do świadomości naszej, zajmują resztę układu nerwowego a więc zwoje podstawowe mózgu, móżdżek, rdzeń przedłużony i rdzeń pacierzowy.

Stan czynny tych ośrodków drugiej kategoryi wywołany przez podnietę zewnętrzną i ukazujący się znowu na zewnątrz czynnością dynamiczną, zowiemy o d r u c h e m. Odruch jestto zatem czynność mięśni lub gruczołów wywołana przez podnietę zewnętrzną, działającą na drogi nerwowe dośrodkowe, bez współudziału świadomości. Nie znaczy to, że od-

ruchom towarzyszyć musi brak świadomości; owszem możemy mieć zupełną świadomość sprawy odbywającej się w nas jako odruch, jak n. p. podczas wymiotów, kichania, odruchowego pocenia się, wydzielania się śliny i t. d., jednakże współudział świadomości w powstawaniu tych odruchów nie jest konieczny a najczęściej zbyteczny, jak tego dowodzi występowanie ich podczas snu, bądźto naturalnego, bądź też wywołanego środkami usypiającymi, lub u zwierząt pozbawionych półkul mózgowych.

Do tego, aby odruch mógł powstać, nie wystarcza fizyologiczna funkcya samych ośrodków odpowiednich; potrzeba także, ażeby i narząd odbierający podnietę, drogi nerwowe dośrodkowe, nerwy odśrodkowe i odpowiednie narządy obwodowe, mające wejść w stan czynny, były w stanie prawidłowym. Jednem słowem tak zwany łuk odruchowy musi być całym, nigdzie nieprzerwanym. Części składowe łuku odruchowego, schematycznie nakreślonego, przedstawiam Panom na tej oto tablicy (p. fig. 1.):

Fig. 1.



1 przedstawia zakończenia nerwowe w powierzchni czuciowej, A nerw dośrodkowy, B ośrodek odruchowy, C nerw odśrodkowy kończący się w mięśniu 2.

Niektóre zjawiska odruchowe znane już były w starożytności. I tak: Galen opisuje ruchy źrenicy powstające podczas zamykania i oświetlania oka, Achillini wspomina o różnej szerokości źrenicy pod wpływem zmian w oświetleniu oka. Jednakże pierwsze dokładniejsze obserwacye odruchów u człowieka i zwierząt pochodzą dopiero z drugiej połowy XVII. stulecia od Kartezyuzza, Swammerdama i Willisa, którzy zwracają już uwagę na jednę cechę odruchów, mianowicie na powstawanie ich bez współudziału świadomości. W tym samym mniej więcej czasie poznali Redi i Boyle odruchy występujące w skutek zadrażnienia skóry u zwierząt zimnokrwistych po odcięciu głowy. Jakkolwiek Kartezyusz i Willis uważali dla niektórych z tych czynności współudział mózgu i rdzenia za konieczny, to jednakże nie znano sposobu, w jaki odbywa się przenoszenie się wrażeń z nerwów czuciowych na motoryczne. W drugiej połowie zeszłego wieku Vieussens, Comparetti i inni przypisywali czynność tę obwodowym anastomozom, mającym istnieć pomiędzy nerwami jednej i drugiej kategoryi. Przypuszczenie to zbijał teoretycznie Astruc a Hales i Whytt (1768 r.) wykazali drogą doświadczeń, że twierdzenie podobne nie ma podstawy. Ten ostatni uważał już rdzeń za miejsce powstawania odruchów, jednakże dowodu na to swoje przypuszczenie nie przytacza. Prochaska i Marshall-Hall raz jeszcze zwrócili uwagę na okoliczność, że odruchom nie towarzyszy świadomość, wskazując na ruchy występujące u ludzi po udarze mózgowym w czasie zupełnej nieprzytomności lub po zranieniu rdzenia. Jakkolwiek Marshall-Hall uchodzi za twórcę nauki o odruchach, to jednak bliższe zbadanie właściwej literatury wykazuje, że większa część opisywanych przez niego faktów była już przedtem znaną a tłómaczenie ich przez niego również nie było całkiem nowe. Konieczność współdziałania szarej substancyi rdzenia w powstawaniu odruchów wypowiedział pierwszy Grainger w roku 1837. Dopiero pracom żyjącego jeszcze obecnie pokolenia zawdzięcza nauka cały szereg szczegółowych badań oraz usiłowań głębszego poznania zjawisk odruchowych. Badania te są nader liczne, dlatego trudno by mi było wymienić wszystkie. Do prac, które dały główną podstawę poznaniu odruchów, zaliczamy badania Türcka, Volkmana, Pflügera, Helmholtza, Wundta, Sieczenowa i innych.

Badania te przeprowadzamy obecnie mniej więcej w następujący sposób:

Ponieważ współudział ośrodków kory mózgowej w powstawaniu odruchów jest zbyteczny a nawet, jak się później przekonamy, wpływ ośrodków psychicznych na występowanie odruchów w całej pełni jest niekorzystny, starać się przeto musimy w badaniu odruchów o usunięcie tego wpływu. Możemy tego u zwierząt dokazać albo przez wycięcie mózgu, lub też przez przecięcie rdzenia w odpowiedniej wysokości, aby w ten sposób przerwać łączność pomiędzy dolnym jego odcinkiem a mózgiem. U człowieka wpływ ośrodków psychicznych możemy wprawdzie usunąć przez wywołanie snu naturalnego, lub też za pomocą środków farmakologicznych, jednakże w tych przypadkach wpływa się także i na właściwe ośrodki odruchowe. Pozostają więc tylko do badania przypadki urazowe przecięcia poprzecznego rdzenia, lub sprawy chorobowe zajmujące całą grubość rdzenia, które przyczyniają się po części do pomnożenia naszych wiadomości o fizyologii odruchów u człowieka; jednakże i w tych przypadkach najczęściej nie mamy do czynienia z odruchami, w ścisłem tego słowa znaczeniu, fizyologicznymi.

Do badania odruchów, jak w ogóle do doświadczeń neurofizyologicznych nadają się najlepiej zwierzęta zimnokrwiste a to z tej przyczyny, że tkanki ich mają znaczną żywotność jeszcze przez długi czas nawet po ustaniu krążenia. Odsłonięcie rdzenia i korzeni jego na czas dłuższy, jak tego nieraz zachodzi potrzeba w badaniu odruchów, byłoby u zwierząt ciepło-krwistych, pomijając nieuniknione a znaczne krwawienie, już samo przez się powodem głębokich zmian odżywczych i czynnościowych tego narządu.

Co do podniet, posługujemy się tu używanemi w ogóle w neurofizyologii, to jest mechanicznemi, termicznemi, chemicznemi lub elektrycznemi. Przy zastósowaniu jednej z tych podniet trzeba uwzględnić warunki, którym koniecznie należy uczynić zadość, jeżeli się chce, by badanie było bez zarzutu a mianowicie: podnieta musi stale trafiać jedno i to samo miejsce powierzchni czuciowej, powtóre powinna być tego rodzaju, aby nie nadwerężała organu, na który działa, po trzecie siła jej powinna być albo stałą, jeżeli o odruchach sądzić chcemy z wielkości ruchu, lub też musimy mieć sposób zmieniania tej siły w pewnych granicach.

Z podniet, które próbowano zastósować do badania odruchów u żab, bodźce mechaniczne okazały się nieodpowiednimi. Przekonano się tylko, że stale, stopniowo i zwolna wzrastające podrażnienie mechaniczne skóry można spotęgować do zupełnego zniszczenia powierzchni czuciowej bez wywołania odruchu, gdy słabsze znacznie a nagłe zadrażnienie z łatwością wywołuje odruch. Ponieważ podnieta mechaniczna nie odpowiada żadnemu z warunków, o których wspomniałem, to jest nie ma możności stósowania jej stale na jedno

i to samo miejsce i regulowania jej siły, nie znalazła ona w badaniu odruchów zastósowania.

Również nieodpowiednimi okazały się dla badania odruchów bodźce termiczne. Chcąc się jednak nimi posługiwać, pamiętać należy, aby stósować nagłą i znaczną zmianę temperatury na małą powierzchnię czuciową, albowiem stopniowe ogrzewanie lub oziębianie nie daje żadnego odruchu a podwyższenie lub obniżenie ciepłoty na większej powierzchni ciała pociąga za sobą, jak później się przekonamy, znaczne zmiany w pobudliwości odruchowej rdzenia pacierzowego.

Najczęściej posługujemy się podnietą chemiczną według metody Türcka, który pierwszy ją stósował w roku 1851. W tym celu zawieszamy żabę pionowo w ten sposób, ażeby kończyny tylne zupełnie wolno zwisały ku dołowi i w danej chwili zanurzamy łapki do słabego rozczynu (zwykle $^1/_5$ do $^1/_2$%) kwasu siarkowego, mierząc czas, który upływa od chwili zanurzenia łapek w rozczyn, aż do chwili ich skurczu. Doświadczenie uczy, że jeżeli wszystkie warunki badania pozostają te same, łatwość powstawania odruchów zostaje w odwrotnym stósunku do czasu, który upływa od chwili, gdy słaba podnieta zaczyna działać, aż do chwili, w której żaba odpowiada na nią pierwszym ruchem. Tym sposobem, jeżeli przy użyciu takiej samej podniety, w naszym przypadku tego samego rozczynu kwasu, raz odruch powstanie po upływie pięciu sekund od chwili zanurzenia, drugi raz po upływie n. p. ośmiu sekund twierdzimy, że w tym ostatnim przypadku odruchy trudniej jest wywołać. Jak widzimy, podnieta chemiczna czyni zadość wszystkim wymaganiom. Siła jej jest stałą, może działać stale na te same miejsca skóry (jeżeli łapki zanurzamy do jednakiej wysokości) i w tak słabem rozcieńczeniu nie nadweręża skóry, szczególniej jeżeli, jak to czynimy zazwyczaj, za każdym razem kończyny opłukujemy.

Prócz podniety chemicznej na uwzględnienie zasługuje jeszcze podnieta elektryczna a to z tego względu, że można moc jej w znacznych granicach zmieniać dowolnie. Możemy bowiem badając odruchy posługiwać się oznaczaniem kresu pobudliwości ośrodków odruchowych, podobnie jak to czynimy badając pobudliwość nerwów lub mięśni. W tym celu oznaczamy najsłabszy prąd, jaki jeszcze jest w stanie, działając przez pewien stały czas na skórę, wywołać odruch. Sposób ten ma jednak tę wadę, że, chcąc stósować prąd elektryczny na skórę samą, nie jesteśmy w stanie działać zawsze na jedne i te same zakończenia nerwowe. Albowiem, jeżeli po zadrażnieniu żaba usuwa łapkę, nie mamy pewności, że za drugim razem elektrody przyłożymy do tego samego miejsca, co pierwotnie. Błąd ten można jednak w ten sposób usunąć, że zanurza się łapki żaby do dwóch naczyniek z wodą, w których znajdują się elektrody niepolaryzujące od przyrządu indukcyjnego. Za to o wiele częściej używa się prądów elektrycznych, stósując je na sam pień nerwowy, przyczem sądzimy o pobudliwości odruchowej albo z mocy prądu potrzebnego do wywołania najsłabszego odruchu, albo też zapisując graficznie ruch odruchowy, ze siły tego ruchu przy zastósowaniu prądu o stałem natężeniu, albo wreszcie z czasu, jaki upływa od chwili zadziałania prądu do powstania odruchu. W ogóle pamiętać tu należy, że odruchy o wiele łatwiej powstają za użyciem wielokrotnych słabych uderzeń prądu, aniżeli za jednokrotnem działaniem prądu mocnego.

W badaniu odruchów musimy kierować uwagę swą na cały łuk odruchowy, w którym, jak to widzieliśmy, stan czynny przebiega trzy fazy: pierwszą stanowią zakończenia nerwów czuciowych i nerw dośrodkowy, drugą same ośrodki odruchowe a trzecią nerw odśrodkowy z odpowiednim narządem obwodowym.

Co do pierwszej części łuku odruchowego, to stan czynny w skutek działania bodźca może wychodzić z zakończeń wszystkich nerwów dośrodkowych, tak szczegółowych nerwów zmysłowych jak i nerwów czucia ogólnego, oraz nerwów trzewowych, jednakże zadrażnienie pewnych nerwów o wiele łatwiej wywołuje odruchy niż innych i tak n. p. dla nerwów skórnych najsilniejsze odruchy powstają przez zadrażnienie zakończeń nerwowych w podeszwie lub dłoni a to samo tyczy się i błon śluzowych, posiadających zakończenia nerwowe, których drażnienie wywołuje właściwe odruchy skomplikowane, jak n. p. kaszel, kichanie, wymioty i t. p. Rodzaj i jakość zadrażnienia mają również wpływ na powstawanie odruchów: i tak delikatne łaskotanie przewodu słuchowego sprowadza kaszel, podczas gdy proste dotknięcie pozostaje bez wpływu; w ogóle jest ścisły związek pomiędzy zadrażnieniem a jakością odruchów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Podał

Prof. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

8) M. P. *Carcinoma pylori i gastroenterostomia.* Śmierć 10. dnia po operacyi skutkiem perforacyi szwu. Slusarz, lat 46 liczący, dziedzicznie nie obciążony; od 5 miesięcy cierpi na bóle w żołądku, nudności i t. d.

Stan obecny. Pacyent dobrze zbudowany; wychudnienie znacznego stopnia, blado-żółte zabarwienie skóry; rozedma płuc znaczna; serce prawidłowe; wątroba niepowiększona. Żołądek wybitnie rozszerzony, po prawej stronie poniżej wątroby płaski guz, poruszający się za ruchami oddechowymi, z wątrobą prawdopodobnie zrosły. Treść żołądkowa, podobna do fusów, zawiera kwasy tłuszczowe; w przesączu nie ma wolnego kw. solnego; pod mikroskopem widać mnóstwo bakteryj, drożdże i niestrawione resztki pokarmów.

Operacya 12. Stycznia 1894. Gastroenterostomia sposobem zwyczajnym. Przebieg pooperacyjny przez 8 dni bardzo dobry; 9-tego dnia występują nagle objawy zapalenia otrzewny, wśród których śmierć dnia następnego.

Sekcya wykazała mały otworek w linii szwu, w jamie brzusznej treść żołądkowa w znacznej ilości, zaciśnienie okrężnicy poprzecznej przez leżącą na niej pętlę jelita cienkiego do żołądka przyszytego; okrężnica przed miejscem uciśnionem znacznie rozdęta.

9) M. K. *Carcinoma pylori, gastroenterostomia.* Śmierć 8. dnia skutkiem perforacyi szwu. Chory, l. 42 liczący, dziedzicznie nie obciążony, cierpi już na dolegliwości żołądkowe od 8 lat, które zwolna się wzmagały; stolec miewa po największej części zaparty, co 8 dni.

Stan obecny. Indywiduum osłabione, wychudłe i charłacze. Organa klatki piersiowej prawidłowe; okolica żołądka nieco wypuklona, przez cienkie powłoki brzuszne widać skurcze żołądka. Obmacaniem wyczuwa się powyżej pępka pod prawym mięśniem brzusznym prostym guz twardy, o powierzchni nierównej, mało ruchomy. Powiększenie gruczołów, zwłaszcza pachwinowych prawych. Treść żołądkowa zawiera wolny kwas solny.

Operacya 5 Lutego 1894. Po otwarciu jamy brzusznej znaleźliśmy raka niemal na całej otrzewny. Podczas przyszywania pętli jelitowej dostrzegliśmy mniejsze napięcie, niż zwyczajnie, lecz mimo to wykonano gastroenterostomię sposobem Wölflera. Przebieg pooperacyjny przez pierwsze dni bardzo dobry, chory domaga się wstawać. Nagle 8. dnia przy podnoszeniu się na łóżku wystąpiły bóle w żołądku; objawy zapalenia otrzewny z przedziurawienia i śmierć po kilku godzinach.

Sekcya wykazuje mały otwór w linii szwu; okrężnica poprzeczna zaciśniona mocno przez leżącą na niej pętlę jelitową; ztąd wypełniona zbitemi masami kału. Widoczna, że te masy kału oderwały jelito od żołądka własnym swoim ciężarem.

W przypadku 10., 11., 12. i 13. byli pacyenci z rakiem odźwiernika tak daleko posuniętym, że o operacyi myśleć nie można było. Jeden z tych pacyentów umarł w 3 dni po przyjściu do kliniki przed operacyą. Przy sekcyi okazał się rak okrężny odźwiernika, zaledwie na 4 cm. szeroki; przerzutów w gruczołach nie było; zwężenie odźwiernika znacznego stopnia. Ten przypadek nadawałby się bardzo do resekcyi wcześniejszej.

W drugim przypadku zrobiono laparotomiją próbną a gdy operacya okazała się niemożliwą, zeszyto ranę brzuszną; po wygojeniu jej wypuszczono chorą z kliniki.

13. przypadek mimo wyleczenia rany laparotomijnej był za słabym, aby go można było z kliniki wypuścić — umarł w klinice 13. dnia po laparotomii próbnej.

W 4. przypadku śmierć 2. dnia po laparotomii skutkiem osłabienia.

14) Z. Z. *Cystis dermoidalis et cystis serosa ovarii dextri; carcinoma ovarii dextri, carcinoma vesicae urin. et S romani. Exstirpatio cystidum et ovarii dextri cum consequenti sutura; resectio S. romani cum enterorraphia, intabulatio ani praeternaturalis ex occlusione interna exorta; operatio ani praeternaturalis.*

Chora liczy lat 51, regularność pierwsza w 18. r. życia, ostatnia w 41., przebiegała zawsze prawidłowo. W 28. roku życia wyszła za mąż; w tym roku raz rodziła. Obecne jej cierpienie rozpoczęło się od 5 miesięcy bólami w brzuchu i w okolicy krzyżów. W końcu oddawania moczu doznaje uczucia palenia, pieczenia i ciśnienia.

Stan obecny. Pacyentka małego wzrostu, wychudła, osłabiona. Brzuch nieregularnie wypuklony. Poniżej pępka, więcej w stronie pachwinowej prawej wyczuć się daje guz, wielkości dobrych 2 pięści, prawie chełbocący; poniżej tego i nieco głębiej w okolicy pachwinowej prawej znajduje się twardy, o powierzchni nierównej, guz wystający nad spojenie łonowe na 3 palce wysoko; częściowo przechodzi na stronę lewą. Badanie przez pochwę wykazuje znaczne zepchnięcie przedniego i prawego sklepienia pochwy. W przedniem sklepieniu wyczuwamy guz twardy, nierówny, który ku stronie prawej staje się miększym, prawie chełbocącym. Ruchy twardego guza udzielają się macicy, niepowiększonej. W lewem sklepieniu wyczuwa się bolesne, postronkowate zgrubienie wychodzące z twardego guza. We wzierniku widać, że z jamy macicy wydobywa się nieco cieczy ropnej. Zgłębnik wchodzi w prawidłowej długości tylko nieco zbaczając w stronę lewą i ku tyłowi.

Rozpoznanie nie było łatwe. Początkowo myśleliśmy o torbielu skręconym około swojej osi; za tem przemawiała fluktuacya w guzie wielkim, bolesność i bliski związek z macicą, wcale niepowiększoną. Jednakowoż w narkozie chloroformowej rozpoznaliśmy stanowczo raka jajnika prawego obok torbiela. Postronkowate zgrubienie wyjaśniła dopiero laparotomia.

Operacya 16. Grudnia 1894. Wykonanie tej operacyi, jak również dalszy przebieg opisane i podane są w uwagach ogólnych.

Pokrótce nadmienię tu o resekcyi pęcherza. Rak przechodził z jajnika na pęcherz. Oddzielenie go od pęcherza bez naruszenia błony śluzowej może dałoby było się zrobić z wielką trudnością. Jednakowoż resekowałem część błony śluzowej, ponieważ chciałem usunąć, ile możności, doszczętnie raka, aby zapobiedz recydywie, a co do szwu nie miałem żadnej obawy, wiedząc, że szew założony na pęcherzu pokrytym otrzewną trzyma bardzo dobrze. Użyłem szwu kuśnierskiego jako najlepszego, jak to dawniej już wykazałem[1]). Przy szwie węzełkowym, założonym na pęcherzu pustym, powiększają się odstępy między szwami, gdy się pęcherz wypełni moczem, który teraz może wydobywać się pomiędzy szwami. Wręcz przeciwnie dzieje się przy szwie kuśnierskim. Tu szew tem więcej zbliży do siebie brzegi rany i tem więcej je zaciśnie, im bardziej pęcherz się wypełni; ztąd przesączanie moczu jest niemożliwem przy szwie kuśnierskim. Przy innej sposobności wrócę jeszcze raz do uwag dawniej wyrażonych o *sectio alta intraperitonealis*, ponieważ niektóre z tych a zwłaszcza tyczące się szwu kuśnierskiego, za mało dotąd uwzględniano. Uwagi nad szwem kuśnierskim w pierwszej pracy oparłem tylko na doświadczeniach na zwierzętach. Obecnie mam spostrzeżenia na kilku chorych.

15) J. G. *Fistula stercoralis; resectio intestini;* wyleczenie. U starca 60-letniego uległa nagle uwięźnieniu już oddawna istniejąca przepuklina; ponieważ odpowiedniej pomocy nie dano, 12. dnia powstała przetoka. Przedtem istniały objawy niedrożności jelit.

Dnia 29. Stycznia 1894. wykonano resekcyę pętli jelitowej długości 12 cm. w której znajdowała się przetoka; szew założono, jak zwyczajnie, w 3 rzędach. Dalszy przebieg nie przedstawia nic zajmującego.

16) M. T. *Anus praeternaturalis; prolapsus; resectio intestini; exitus letalis ex occlusione interna.* Pacyentka 50 lat licząca, zresztą zdrowa cierpiała od wielu lat na przepuklinę udową, która z początkiem lipca uległa uwięźnieniu. Przywołany lekarz operował; podczas operacyi miało pęknąć jelito i tak powstał *anus praeternaturalis*. Mimo to mogła chora pracować, aż 4. Października nagle wypadły jelita. Podczas przyjęcia do kliniki przekonaliśmy się o wypadnięciu wynicowanego jelita w długości 13 cm. przez *anus praeternaturalis*; zresztą pacyentka jest zdrową. Drugiego dnia po przyjęciu powstał znaczny krwotok z wypadłego jelita i okazała się potrzeba podwiązania dwóch małych naczyń. Mimo to opatrunek przesiąknął krwią. Dnia 25. Października 1893. wykonano resekcyę wypadłej i przedziurawionej pętli jelita sposobem zwyczajnym. Linię szwu przykryto siecią tuż obok leżącą.

Drugiego dnia wystąpiło wzdęcie brzucha i mimo wlewań przez rzyć, według Hegara, utrzymywały się objawy wewnętrznej niedrożności. Po zdjęciu szwów z rany laparotomijnej nie można wymacać nic nieprawidłowego w okolicy szwu, żadnego załamania, jakeśmy się spodziewali. Dlatego przyjęliśmy, że powodem niedrożności jest znaczne obrzmienie błony śluzowej; powyżej szwu nakłuliśmy jelito i wypuściliśmy wodnisty kał w znacznej ilości; następnie po zeszyciu otworu zapuściliśmy jelito i zaszyliśmy ranę laparotomijną. Objawy wewnętrznej niedrożności mimo to nie ustąpiły i chora umarła na drugi dzień.

Przy sekcyi okazało się, że sieć, zrosła ze szwem jelitowym, mocno napinała lewe zagięcie okrężnicy poprzecznej, które pod wpływem tego uległo załamaniu i odsznurowaniu; tu była siedziba wewnętrznej niedrożności, której dostrzedz nie mogliśmy, otworzywszy dolny tylko odcinek rany laparotomijnej. Zapalenia otrzewny nie ma, szew jelitowy trzyma dobrze; jelito w okolicy szwu drożne.

---

[1]) Rydygier: Eine neue Methode der Sectio alta intraperitonealis sowie eine Bemerkung zur Ausnützung der plastischen Eigenschaften des Peritoneums bei den Operationen an der Blase im Allgemeinen. Wien. med. Woch. 1888. Nr. 15. 16 i 17.

Ten przypadek jest pouczającym o tyle, że dowodzi wyraźnie, jak sieć przyszyta do szwu stała się przyczyną śmierci. Od tego czasu nie będę więcej szwu pokrywał siecią po pierwsze dlatego, że szew dobrze założony trzyma dokładnie a jeżeli nie trzyma, to w takim razie pokrycie siecią nie zapobiegnie złemu wynikowi, jak to wykazał Chaput; powtóre dlatego, ponieważ może być samo przez się niebezpiecznem, jak powyższy przypadek dowodzi, a nadto tworzy się postronek, który później mógłby się stać powodem uwięźnienia jelita.

17) T. C. *Hernia cruralis sinistra incarcerata; resectio intestini incarcerati*; wyleczenie.

U pacyentki 61 lat liczącej trwa uwięźnienie od 4 dni. Mimo złego wejrzenia pacyentki wykonano herniotomię 23. Stycznia 1894. z wycięciem pętli jelitowej zgorzelinowo zmienionej (w długości 34 cm.). Przebieg bez zboczeń; pacyentkę wypisano z kliniki po 4 tygodniach.

18) J. T. *Hernia cruralis incarcerata sinistra; herniotomia et resectio intestini; exitus letalis.* Chora, 55 lat licząca, cierpi od wielu lat na przepuklinę udową, która przed 10 dniami uległa uwięźnieniu; objawy niedrożności.

Zapad sił bardzo znaczny, skóra nad przepukliną mocno zaczerwieniona. Dnia 22. Lutego t. r. herniotomia. Po otwarciu worka przepuklinowego okazała się pętla zgorzelinowo zmieniona i w jednem miejscu przedziurawiona. Szeroko rozszerzono ku górze bramę przepuklinową, oczywiście po oczyszczeniu dokładnem i wycięto pętlę jelita cienkiego długości 38 cm. Wieczorem ciepłota 36·7. Śmierć po 28 godzinach.

Przy sekcyi okazało się, że 20 cm. pętli doprowadzającej było zgorzelinowo zmienionej. Szew trzymał.

Widzimy z tego przypadku, że Kocher słusznie się domaga, by wycinać pętlę doprowadzającą ile możności daleko w częściach zdrowych.

19) K. Z. *Hernia cruralis incarcerata dextra; herniotomia et resectio intestini*; wyleczenie. Chora, 48 lat licząca, cierpi od 2 lat na przepuklinę udową, która uległa uwięźnieniu przed 7 dniami. Są wszystkie objawy uwięźnienia. Herniotomia, wycięcie długości 34 cm. pętli jelita cienkiego, która przedstawiała na miejscu uwięźnienia wszystkie cechy zmiany zgorzelowej. Dalszy przebieg zaburzyło ropienie przy szwach brzusznych.

W 20. i 21. przypadku była niezdrożność wewnętrzna.

W 20. przypadku była niezdrożność z powodu bliznowatego zwężenia światła okrężnicy poprzecznej; wykonano ileokolostomię; śmierć 2-go dnia z dławcowego zapalenia płuc.

W 21. przypadku znaleźliśmy oprócz ropnia około *radix mesenterii* wiele zarostów i postronków; pod jednym takim postronkiem uwięzła pętla jelita cienkiego. Chory umarł w dzień operacyi.

22. przypadek tyczy się *invaginatio ileo-colica*. Ten przypadek będzie później ogłoszony.

III. O pęcherzycy *(pemphigus)*.

Odczyt w sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego dnia 29. Grudnia 1893 r.

przez

Dra Uhmę.

Choroba, której okaz mam Szanownym Kolegom przedstawić, jest dość rzadka, jeśli taki praktyk, jak Kaposi, w ostatniem wydaniu swego podręcznika wylicza wszystkiego 300 przypadków w przeciągu 21 lat spostrzeganych. W dostępnej mi literaturze polskiej jest ona mało uwzględniona, bo napotkałem jedną tylko monografię kolegi Obtułowicza, drukowaną w *Przeglądzie Lekarskim* z 1878 roku. Może zaś przedstawiać trudności rozpoznawcze, z powodu których, jakoteż z powodu ciężkiego często zachorzenia, sam chory zwróci się nieraz do lekarza raczej chorób wewnętrznych, niż chorób skórnych. Przedstawia ona przeto więcej ogólny interes i sądzę, że na rękę pójdę Szanownym Kolegom kreśląc dla przypomnienia krótki rys objawów, przebiegu i podstaw choroby.

Przez *pemphigus vulgaris*, pęcherzycę zwyczajną, rozumiemy okresowe powstawanie pęcherzy na skórze i błonach śluzowych. Choroba może poczynać się gorączką, nudnościami i wymiotami. Gorączka bywa zwalniająca (*remittens*) lub przepuszczająca (*intermittens*) a podnoszeniu się jej towarzyszyć zwykło powstawanie nowych pęcherzy. Dochodzić ona może 40°C, choć w formach lżejszych często zupełnie jej brakuje.

Pierwsze pęcherze powstawać zwykły na głowie, wyjąwszy część włosami pokrytą i szyję. Jeżeli, na co zwrócił uwagę Schroetter, pierwsze zmiany wystąpią w jamie ust, na błonie śluzowej podniebienia, połyku i krtani, łatwo omylić się i w razie wysokiej gorączki rozpoznać błonicę, jak w braku gorączki powziąć podejrzenie kiły.

Na tułowiu choroba nie postępuje już zbyt systematycznie. Często części drażnione przez ubranie przylegające naprzód jej podlegają. Z reguły jednak kończyny dolne na ostatku bywają nią zajęte.

Pęcherze powstają jużto na zaczerwienionej, już też na wrzekomo prawidłowej skórze; czasem powstają na naciekach podobnych do występujących w pokrzywce i również mocno swędzących, jestto *pemphigus pruriginosus*.

Wielkość pęcherzy bywa różna, od wielkości ziarnka prosa do wielkości nawet głowy dziecięcej. Kształt też różny, zwykle owalny może być dość ściśle okrągły lub znowu nieregularny. Rzadko się zdarza, by zlewało się kilka pęcherzy. Treść ich zrazu przejrzysta po kilkunastu godzinach mętnieje. Niekiedy wykazuje przymieszkę krwi, *pemphigus haemorrhagicus*, lub znowu ścina się, tworząc nalot szarawy, *pemphigus crouposus*.

Jak wielkie bywają różnice w ułożeniu pęcherzy, świadczą same nazwy: *disseminatus, confertus, circinatus, gyratus, serpiginosus*, wreszcie *localis*, gdzie tylko jedna część ciała, najczęściej nos lub palec, bywa zajętą. Do rzadkości należy forma *p. solitarius*, tak zwany ztąd, że pęcherze powstają pojedynczo, świeży wtedy, gdy dawniejszy się przygoił. Zwyczajnie widzimy równocześnie więcej niż jeden pęcherz, do stu i więcej. Utrzymują się one jakiś czas i powiększają przez przybieranie wypełniającego je płynu. Obok widzimy miejsca pokryte pękłym i w strup zaschłym pęcherzem, lub miejsca pozbawione przyskórka sączące się, gdzie pęcherz zdarto. Dalej przygojone, pokryte świeżym przyskórkiem, sinawo czerwoną barwą przeświecające. Wreszcie już tylko ślady barwikowe, brunatno sine, które się najdłużej utrzymują. Blizna w formach lżejszych nigdy nie wytwarza się, niekiedy tylko zaczerwieniony naciek skóry utrzymuje się dłużej a na nim powstawać mogą pęcherzyki wielkości prosa, *milium*.

Zwykły czas trwania choroby 2 do 6 miesięcy. Kaposi utrzymuje, że co najwięcej 10% chorych wraca do zupełnego zdrowia. Według niego w krótszych lub dłuższych odstępach czasu pojawiają się nawroty choroby w formach co

raz to cięższych. Jednem słowem choroba, choć nie zawsze wybitna, trwa *usque ad finem*, jako *pemphigus diutinus*.

Podmiotowy stan chorych bywa zwykle dobry. Chorzy nie doznają znacznych dolegliwości prócz lekkiego świądu, uczucia naprężenia lub pieczenia. Po jakimś czasie liczba powstających pęcherzy zmniejsza się, powstałe szybko się przygajają i sprawa kończy się pomyślnie — *pemphigus benignus*.

Pęcherzycę złośliwą *(pemphigus malignus)* cechować zwykło przedewszystkiem to, że pęcherze nie są napięte, lecz pomarszczone. Gorączka bywa tu znaczna. Przygajanie się niespore, zaczem duże bardzo powierzchnie sączące się. Chorzy tracąc dużo soków a nie odżywiając się należycie, bo łaknienie z reguły upośledzone, cierpiąc w dodatku na znaczne bóle, wywołujące bezsenność, nędznieją szybko.

Czasami w takich przypadkach widzimy objawy ze strony narządów nerwowych ośrodkowych. Zdarzają się stany przygnębienia, graniczące z śpiączką a mogące szybko ustępować podnieceniu, dochodzącemu do szału.

Do form ciężkich liczymy t. zw. pęcherzycę błonicowatą, *p. diphtheriticus*. Już wspomniałem poprzednio, że choroba występując na błonach śluzowych jamy ustnej naśladować może błonicę. Wspomniałem też, że na skórze treść pęcherzy może się ścinać w szarawą masę, *p. crouposus*. Ale gdy w tej formie pod strupem brunatnawym, w który owa masa się zsycha, powstaje nowy przyskórek i rzecz się przygaja, w pęcherzycy błonicowatej wytwarzają się szerzące się w sąsiedztwo owrzodzenia.

Neumann opisywał przypadki pęcherzycy bujającej *(p. vegetans)*, gdzie pod pęcherzami bujała ziarnina, nie dająca się usunąć przez mocne przyżeganie. Z początku pojmował on tę sprawę jako *syphilis cutanea vegetans*. Później na podstawie innych obserwacyj wcielił ją tutaj. Zazwyczaj bywa w tych przypadkach zajęta przedewszystkiem skóra pochwy, warg i części sromnych. Chorzy giną zwykle w kilku miesiącach.

Przed rokiem obserwowałem w tutejszym szpitalu przypadek przypominający poniekąd opis Neumanna; pozwolę go sobie tutaj przytoczyć:

Włościanka, l. 24 licząca, zamężna przybyła do oddziału 2. Października 1892. Wywiady wykazały, że kilkoro jej rodzeństwa pomarło w dzieciństwie. Rodziców dokładnie nie pamięta. Za mąż wyszła przed 5 laty; brzemienną nigdy nie była. Choroba obecna rozpocząć się miała przed rokiem pęcherzami na nogach, po których powstawały rany. Dotąd leczono ją miejscowo nieznanego składu maścią.

Odżywienie i budowa chorej dobre. Na twarzy, w okolicy sutków, na grzbietach rąk i zewnętrznej powierzchni ud widać pęcherze wielkością od grochu do jaja gołębiego dochodzące, grubsze nieco, niż to bywa w pęcherzycy pospolitej, wypełnione cieczą surowiczą zmętniałą. Mieściły się one na naciekach zapalnie zaczerwienionych skóry. Obok pęcherzy znajdują się, zwłaszcza na podudziach, powierzchnie ranne pokryte bujającą nad poziom otaczającej skóry ziarniną. Gruczoły chłonne, zwłaszcza pachwinowe, znacznie powiększone, dość zbite, niebolesne. Zresztą na ciele, w jamie ust i narządach płciowych nic charakterystycznego. Gorączka 38·5°C.

W pierwszej chwili polecono kąpiele i opatrunek osuszający, a od 5. Października prymaryusz ś. p. Dr. Krówczyński rozpoznawszy *syphilis ulcerosa recens vegetans* zalecił jodek potasu. Nazajutrz opadająca już gorączka podniosła się znowu i wystąpiły świeże pęcherze. W pierwszej chwili przypisaliśmy pogorszenie podaniu jodu, przekonaliśmy się jednak później, że zależności takiej nie było, i w ogóle nie zdawało się, by jod bardzo wpływał na przebieg choroby. Polepszenie t. j. ustawanie tworzenia się nowych pęcherzy i rychlejsze przygajanie się ran po dawniejszych odnosiliśmy wyłącznie do kąpieli.

Rany znacznego bólu nie sprawiały, chora apetyt miała dobry i odżywienie jej nie podupadło. Około 22. Listopada poraz ostatni obserwowaliśmy znaczniejszą erupcyę na twarzy.

Pod koniec Listopada ciągle w myśl rozpoznania przykładano plaster rtęciowy na powierzchnie ranne na nogach. Wcierań nie można było robić, bo nie było gdzie, więc wstrzyknięto sposobem przez Łukasiewicza podanym 0·05 sublimatu podskórnie. W siedm dni później wystąpiła tak mocna *stomatitis*, że rtęć musiano usunąć.

Dopiero w końcu Lutego, gdy rany się przygoiły, użyto wcierań i plaster znowu przyłożono z przyczyny, że blizny po naciekach, (na tem właśnie, że owrzodzenia powstawały na naciekach, oparł swe rozpoznanie ś. p. Krówczyński,) keloidowo wyrodniały, pozostawiając wyniosłe nad poziom otaczającej skóry, płaskie, zbite, sinawo czerwone guzy. Nie widząc rezultatu terapii, wypuszczono chorą 15. Marca 1893.

Ile mi wiadomo, chora odtąd cieszy się najlepszem zdrowiem a brak nawrotu choroby mem zdaniem przemawiałby przeciw ówczesnemu rozpoznaniu kiły, dla której zresztą nic charakterystycznego nie wykazano.

Stockes opisywał pęcherzycę zgorzelinową (*p. gangraenosus*) u charłaczych dzieci, kończącą się również śmiercią, gdzie po pęcherzach, występujących przedewszystkiem na małżowinach usznych, powstawały owrzodzenia cuchnące.

Częstszym, niż poprzednie formy, jest *p. foliaceus*, który albo jako taki się zaczyna, albo powstaje z pęcherzycy zwykłej. Pęcherze tu drobne, nienapięte: treść mleczna lub żółtawa. Po złuszczonych pęcherzach powstające powierzchnie ranne miast przygajać się sączą, tworząc odpadające strupki, które zasypują łóżko chorego łuskami podobnemi do okruchów francuskiego ciasta. Cierpienie zwolna zajmuje całe ciało i po dłuższym czasie napróżno już upatrywalibyśmy pęcherzy. Niema dość trwałego przyskórka, by je mógł tworzyć. Świeży pęka łatwo i złuszcza się. Włosy wypadają, paznogcie oddzielają się. Występuje łzawienie. Czasem zdarza się *symblepharon* na spojówce po pęcherzach, bezgłos lub objawy dusznicy w razie zajęcia krtani, co zresztą napotkać można i w innych formach.

W ciężkich tych formach koniec sprowadzać zwykły gruźlica, zapalenia płuc, mieszkowe owrzodzenia w jelitach i zapalenia lub zwyrodnienia nerek.

Anatomicznie wykazano, że zmiany w skórze są powierzchowniejsze, niż n. p. w liszaju *(herpes)* lub wyprysku. Pęcherze są jednokomorowe a powstają tuż pod warstwą ziarnistą (*stratum granulosum*) tak, że po złuszczeniu ich dno utworzone jest z komórek wałeczkowych (*stratum cylindricum*). Gdy n. p. w liszaju naciek zajmuje brodaweczki a zmiana sięga aż do tkanki podskórnej, tutaj warstwy głębsze tylko w cięższych formach bywają zajęte. W *pemphigus foliaceus* spotykamy zwykle przerost śródbłonka w naczyniach i ich obliteracyę a w pęcherzycy bujającej przerost brodaweczek.

W przypadkach kończących się śmiercią znajdujemy rozległe zmiany w narządach wewnętrznych wywołane przedewszystkiem przez niedokrewność i charłactwo: więc obrzęki opon mózgowych, zwiotczenie płuc i serca, skrobiowate zwyrodnienie śledziony, wątroby i nerek, wreszcie wspomniane owrzodzenia w jelitach. Niektórzy badacze znajdywali zwyrodnienie nerwów obwodowych, inni stwardnienie, *sclerosis*

rogów tylnych, sznurów Golla, lub w zwojach nerwu sympatycznego. Jarisch opisał zwyrodnienie rogów przednich rdzenia pacierzowego.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Ginekologia.

A b e l (w Berlinie): **Przyczynek do techniki laparotomii.**

Ponieważ dziś, dzięki postępowaniu przeciwgnilnemu i bezgnilnemu, nie uważamy laparotomii za zabieg niebezpieczny i często ją wykonywamy, przeto jest zadaniem operatora, aby chorej, której laparotomia na razie powróciła zdrowie, aby tej samej chorej nie narażała na zboczenia, które również przykre i to zwykle już długo wywołują objawy.

Do takich zalicza autor w pierwszym rzędzie przepuklinę brzuszną, która zmusza chorą do noszenia pasa całe życie, lub do poddania się ponownej operacyi. Od dawna starano się temu zapobiegać przez dokładne bardzo spajanie rany w powłokach brzusznych, lecz wyniki do dziś dnia nie są zupełnie zadowalniające. Wszyscy operatorowie idąc za zdaniem Spencera Wellsa, używają cięcia w linii środkowej a próby, aby je prowadzić w innej okolicy, jakie robili Mc. Dowell, Mereier i Storer, nie uzyskały zwolenników.

Abel używa od dwóch lat cięcia pozaśrodkowego (*extramedianer Schnitt*), które ma zapobiegać powstawaniu przepukliny brzusznej. Cięcia tego użył 75 razy i ani razu nie widział przepukliny brzusznej, ani rozstępu w miejscu blizny; poleca je przeto kolegom i zachęca do dalszych prób. Cięcie w linii środkowej nie jest zdaniem autora odpowiednie i wytwarzamy przez nie okoliczności sprzyjające przepuklinie. W tej okolicy za mało jest naczyń, ztąd też i blizna nie jest o tyle twarda i mocna, aby mogła wytrzymać ciężar jelit, zwłaszcza podczas parcia. Otoż autor poleca cięcie skórne na centymeter na lewo od linii środkowej, dochodzi do pochwy mięśnia prostego lewego, przyczem naczynia broczące chwyta w zasuwki i podwiązuje, następnie otwiera nożem pochwę mięśnia a wiązki jego rozdziela na tępo, przez co je nieco rozstrzępia, co według niego ma się przyczyniać do wytworzenia mocniejszej blizny; pod tym więc względem nie zgadza się z Fritschem, który radzi mięsień przecinać nożem i uważa, że przez dokładniejsze przyleganie brzegów i blizna jest mocniejsza. Rana taka w mięśniu zamienia się później w twardą bliznę a zarzut, że cięcie poprowadzone nie w linii białej, lecz na lewo, utrudnia dalszy zabieg, zwłaszcza, gdy część, którą mamy usunąć, leży na prawo, nie może zdaniem autora wytrzymać krytyki, gdyż chodzi tu tylko o jeden cm.; toż samo obawa przed krwawieniem, wobec dziś używanych sposobów tamowania krwotoków, nie jest usprawiedliwiona; owszem cięcie to ma tę zaletę, że gdy je chcemy przedłużyć ku górze, unikamy linii łukowatej w celu ominięcia pępka a przedłużamy je w linii prostej, co dla gojenia jest pomyślnem. Autor wyraża w końcu nadzieję, że cięcie przez niego podane zażegna niemiłe następstwa po laparotomii, t. j. wytwarzanie się przepukliny brzusznej, jeżeli i inni operatorowie idąc za jego radą, podobnie pomyślne otrzymają wyniki. (*Archiv für Gynaekologie. Tom XLV. Z. 3*). *Dr. Cercha.*

Pedyatrya.

D o k t o r (w Budapeszcie): **O gojeniu się i opatrywaniu pępka.**

Nie ulega wątpliwości, pisze autor, że śmiertelność dzieci w pierwszych tygodniach po porodzie jest bardzo znaczna a przyczyną tego są według nowszych badań choroby pępka, polegające na zakażeniu rany pępkowej. Słusznie też żąda Runge, żebyśmy swe wiadomości o postępowaniu wobec ran stósowali także do małej rany pępkowej, tej pięty Achillesa małych organizmów, odpornych zresztą nawet na bardzo ciężkie sprawy chorobowe.

Eröss przekonał się, że w pierwszych dniach po porodzie gorączkuje 45% dzieci a zboczenia w gojeniu się rany pępkowej wynoszą 68%. Autor badał dokładnie drobnowidowo skrawki z miejsca, w którem resztka pępowiny odpada, i kładzie nacisk na tę okoliczność, że granica między częścią odpadającą a pozostającą nie jest wybitna, że pępek podczas odpadania resztki pępowiny uważać musimy za ranę fizyologiczną i że ta rana goić się musi, jak każda rana w ustroju. Rana ta goi się zazwyczaj przez rychłozrost a mianowicie brzegi skóry pępka skórnego zawijają się ku wewnątrz i zrastają się ze sobą; wprzód jednak dno rany musi być pokryte ziarniną, do wytworzenia której służy wieniec drobnych naczyń, znajdujących się na granicy skóry i owodni. Zadaniem tej ziarniny jest oddzielenie i odgraniczenie tkaniny żywej od martwej. Mała ta rana ma wielką skłonność do zakażenia a ztąd do zboczeń w gojeniu się.

Na to składają się następujące czynniki:

1) Położenie tej rany w sąsiedztwie powłok brzusznych, ba nawet otrzewny, tej tak czułej błony surowiczej, gdy idzie o zakażenie.

2) Dwie tętnice i żyła, których światło nawet po odpadnieniu resztki pępowiny nie jest zamknięte, są szeroką już nie furtką, lecz bramą dla jadu.

3) Resztka odpadającej pępowiny, która jako masa obumarła jest dobrą glebą dla rozwoju jadu uorganizowanego.

To jeszcze całe szczęście, że już w kilkanaście godzin po porodzie pępowina zaczyna zasychać, osłonka owodnej staje się twardą jak pergamin, skutkiem czego i jad trudniej dostać się do niej może.

Jeżeli jeszcze raz rzucimy okiem na wymienione wyniki badań Erössa, to przyznać musimy, że już te dwie liczby, pomimo że niestety nie wiemy, ile z tych dzieci w późniejszym czasie umiera, zmuszają lekarza, któremu powierzono pieczę nad noworodkiem, do zwrócenia uwagi na ranę pępkową.

Pierwszem i najważniejszem zadaniem jest ustrzeżenie gojącej się rany od zakażenia. To byłoby możebne przez założenie opatrunku chirurgicznego, ale czyż położna to dziś robi, czy zrobić potrafi, a do tej rzeczy lekarza wzywać nie jest u nas niestety w zwyczaju.

Autor przedsięwziął doświadczenia nad postępowaniem leczniczem wogóle wobec rany pępkowej w 1200 przypadkach w klinice prof. Kézmórskiego w Budapeszcie, próbował różnych dotąd używanych sposobów, ale zastósowanych umiejętnie pod nadzorem albo przez samego lekarza i na podstawie tych badań przyszedł do następujących wyników:

Najlepiej jest podwiązać pępowinę zaraz po porodzie, o ile możności, tuż ponad pierścieniem skórnym i odciąć. Do podwiązania używać tasiemki na 4 mm. szerokiej, wyjałowionej; kikut pokryć watą. Opatrunek zmienić po raz pierwszy dopiero trzeciego dnia a potem co drugi dzień, dopóki resztka pępowiny nie odpadnie. Po odpadnieniu dopiero zacząć dziecko kąpać i opatrywać co dzień. W ten sposób procent dzieci gorączkujących wynosi 11·88 a nie, jak wykazał Eröss, 45.

Autor nie tai trudności, na jakie napotka to postępowanie w praktyce prywatnej, sądzi jednak, że z czasem może ono zastąpić dzisiejsze niedostateczne opatrywanie rany pępkowej a w ten sposób przyczynić się do zmniejszenia śmiertelności dzieci z zakażenia pępka. (*Archiv für Gynaekolog. T. XLV. Z. 3*). *Dr. Cercha.*

Okulistyka.

H e i n z e l: **Przemijająca ślepota podczas karmienia.**

Że podczas karmienia zdarzają się przypadki zupełnej ślepoty i niedowidzenia, o tem wiedziano już dawno; jednakże nie znano obrazu wziernikowego dna oka podczas tego cierpienia. H. obserwował świeżo podobną ślepotę podczas karmienia i podaje, że w 7 tygodni po połogu zupełnie prawi-

dłowym (poród był również prawidłowy) zjawiły się u młodej (25-letniej) i dobrze zbudowanej, zresztą zdrowej kobiety bóle głowy, w kilka dni później bardzo mocne niedowidzenie jednego ($V = \frac{1}{\infty}$) a zupełna ślepota, bez oddziaływania tęczówki, drugiego oka. Wziernikiem wykazać można było lekkie pokręcenie żył, tętnice nieco węższe, granicę tarczy zatartą, tarczę samą lekko obrzmiałą zatem lekką *neuritis optica oc. utr.* Po zastósowaniu leczenia napotnego, wzrok zaczął się poprawiać, mimo że objawy zapalenia nerwu utrzymywały się dalej a po dwóch miesiącach wzrok wrócił do prawidłowego ($V = \frac{5}{5}$).

Jeden Nettleship opisuje podobny przypadek z takimże obrazem wziernikowym. W trzech innych przypadkach przez tegoż autora opisanych, obraz wziernikowy okazywał tylko ograniczony i nieznaczny zanik tarczy nerwu wzrokowego. Przypadek opisany przez H. tem się odznacza, że obok nieznacznych zmian wziernikowych wystąpiło tak ciężkie upośledzenie wzroku; może zatem przyczyną tego zaniewidzenia było zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe, które sięgało aż do tarczy nerwu wzrokowego.

Kniess i Nettleship uważają za przyczynę tego cierpienia wycieńczenie ogólne, Berger upatruje w niem inwazyę drobnoustrojów z części rodnych, Himly uważa to cierpienie za analogiczne z niedowidzeniem zdarzającem się podczas nagłego zatrzymania miesiączki (jeśli chora nagle pokarm straci). Może jednak przyczyną cierpienia jest jakiś produkt rozpadowy białka (*neuritis toxica*), bo przecież wykazano, że rozpad białka po połogu jest większy, niżby to odpowiadało przemianie materyi ustroju i produkcyi mleka matki. (*Beiträge zur Augenheilk.* Zeszyt XIII. 1894).

Dr. Brudzewski.

Schönberg: **O powstawaniu podwinięcia powiek skutkiem jaglicy.**

Bardzo często mimo silnego zbliznowacenia spojówki nie ma śladu podwinięcia brzegu powiekowego, podczas gdy w przypadkach łuszczki uporczywej, krawędź tylna powieki bywa zaokrąglona, lub zupełnie zanikła tak, że rzęsy dotykają rogówki a przecież spojówka nie jest albo wcale zbliznowaciałą, albo tak mało, że blizny te nie mogą być przyczyną podwinięcia powieki. Tonus mięśnia okrężnego powiek jest podług Raehlmanna w 98% cierpień rogówki zwiększony a kurcz mięśnia tego wywiera największy ucisk na brzeg powieki i to na jej krawędź tylną tak, że ona po długim ucisku zanika. Zanik ten zaczyna się zawsze od środka krawędzi t. j. tam, gdzie ona do rogówki przylega; nie pochodzi zatem z pewnością od blizn spojówki, które są tylko czynnikiem uspasabiającym do zaniku; krawędź powieki bowiem zaopatrują naczynia ze spojówki pochodzące (Raehlmann), które wobec blizn muszą częściowo zaniknąć, ztąd niedokrewność krawędzi i mniejsza jej odporność. Tak typowe zanikanie środka tylnej krawędzi powiekowej żadną miarą nie może być przypisane bliznom, tak niejednostajnie działającym. To też autor uważa kurcz powiek za przyczynę wywołującą podwinięcie powiek a nie zbliznowacenie spojówki. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* Marzec 1894).

Dr. Brudzewski.

Cohn: **O zmniejszaniu się bystrości wzroku w późnym wieku.**

Na podstawie badań Vroesom de Haana wypowiedział Donders twierdzenie, że z wiekiem (od 30-go roku zacząwszy) bystrość wzroku ciągle zwolna podupada tak, iż około 80-go roku życia wynosi tylko ½ prawidłowej. Dogmat ten powszechnie przyjęty, oparty był jednakże tylko na obserwacyi i badaniu 281 osób, z których tylko 41 miało wyżej 60 lat wieku a wiele nawet wziernikiem nie było badanych. Cohn podjął badanie na nowo i po zbadaniu 100 osób (wyżej 60 lat) doszedł do odmiennych rezultatów. Przed oznaczeniem bystrości wzroku badał Cohn z osobna każde oko wszelkimi sposobami, którymi się okulistyka dziś posługuje, badał w dobrych warunkach oświetlenia, bo pod gołem niebem, tablicą Snellena ze znakami, które są nierównie łatwiejsze do rozpoznania niż litery. Wyniki były następujące: z 200 ócz miało 78 bystrość wzroku mniejszą niż $\frac{20}{20}$ ($S < 1$), co stanowi 39%. Z tej liczby tylko 10 ócz u 5 osób miało niewytłómaczoną ambliopię (5%); reszta oczu okazywała najróżnorodniejsze zmiany patologiczne, czy to częściach powierzchownych oka czy też na jego dnie. Badania te przeprowadzono w 1874 roku, gdy jeszcze homatropina i lupa Westien-Zehendera nie były znane; autor zatem jest zdania, że i w tych 10 oczach dałoby się może zapomocą tych środków wykazać zmiany chorobowe, tłómaczące zmniejszenie bystrości wzroku. Reszta ócz okazywała bystrość bądź większą niż 1, bądź też 1; i tak: w 88 oczach była $V > 1$ (44%); w 34 oczach $V = 1$ (17%). Prócz tego wykazał Cohn w 53 oczach zaćmę początkową, z tych miało 20 $V = 1$ albo nawet > 1, w 6 oczach z głęboką exkawacyą fizyologiczną była $V = 1$. Na podstawie tych badań przychodzi autor do przekonania, że rokowanie co do bystrości wzroku w późnym wieku nie przedstawia się tak smutno, jak to Donders podał. (*Graefe's Archiv. f. Ophthalmologie.* Tom 40. zeszyt 1).

Dr. Brudzewski.

Choroby zakaźne.

Aufrecht: **Wczesne nader ciężkie powikłanie błonicy gardła.**

Rychła śmierć w przebiegu błonicy nie zawsze jest skutkiem zwyrodnienia mięśnia sercowego, często, zdaniem autora, następstwem ostrego, miąższowego zapalenia nerek objawiającego się niepokojem ogólnym z zajęciem sensorium i szybkiem tętnem obok wielkiej ilości białka w moczu. Właściwe *criterium* ostrego zapalenia nerek miąższowego jest zatkanie przewodzików Henlego przez wałeczki z następowym zastojem i rozszerzeniem przewodzików kory nerkowej, przez co zmniejsza się ilość wydzielonego moczu z następstwami zagrażającemi organizmowi. To też wczesne rozpoznanie przez badanie moczu od samego początku przy odpowiedniem leczeniu może ująć w karby tę groźną komplikacyę. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1894). *Dr. Komorowski.*

Chirurgia.

Demetryusz Galatti: **Intubacya w praktyce prywatnej.**

Autor idąc za przykładem Jacquesa i Egidiego, używał intubacyi w praktyce prywatnej w 15 przypadkach błonicy pierwotnej ze zwężeniem krtani, z których 6 zakończyło się śmiercią i w 4 przypadkach następowej z następowem także zwężeniem w przebiegu odry, zakończonych śmiertelnie. Intubacye wykonywał autor za pomocą starych tubusów O'Dwyera wedle zwykłych przepisów. Nowe tubusy O'Dwyera są znacznie krótsze i otwór mają owalny, lecz częściej wywołują odleżyny i łatwiej się zatykają błonami. Modyfikacyę Egidiego polegającą na tem, by obturator i intubator w środku były puste a przez to by podczas zakładania powietrze miało wolny dostęp do krtani, uważa autor za niestósowną. Nieco lepsza ma być modyfikacya Baera, polegająca na połączeniu obturatora z konduktorem intubatora w jeden kawałek, by przez to tubus leżał zawsze stale w płaszczyźnie intubatora.

Zachowanie się oddechu dziecka po intubacyi jest bardzo ważne dla lekarza, gdyż w okolicznościach korzystnych przychodzi do kaszlu i wykrztuszenia błon śluzowych, poczem oddech uspakaja się; brak kaszlu to zły objaw, bo błony bardzo grube i rozległe, również niekorzystnym jest silny kaszel bez wykrztuszenia błon, bo wtedy błony są nisko usadowione i unoszą się.

Ściśle nie można oznaczyć czasu leżenia tubusa w krtani; zależy to od właściwości przypadków, średnio jednak autor ekstubuje trzeciego dnia. Po ekstubacyi oddech poprawia się stale, lub też prędzej czy wolniej wytwarza się ponownie zwężenie. Jeżeli w 2 godziny po wyjęciu tubusa duszność nie wzmoże się znacznie, to można śmiało dziecko opuścić bez obawy o nagłe pojawienie się sinicy z objawami dusz-

ności. Oznaczenie chwili do intubacyi jest nader trudne; to zależy od doświadczenia lekarza, albowiem zawisło ono od rodzaju i szybkości w postępowaniu zwężenia, mogącego przedstawiać się pod formą nieznacznych zaciągań klatki piersiowej, długo trwających, głębokich z objawami napadowymi duszenia, lub nieznacznych z ciężką dusznością.

W ogóle wskazania do intubacyi są te same, co i do tracheotomii. Przeciwwskazania do intubacyi są: 1) zupełne zamknięcie jamy noso-przełykowej, 2) wysoki stopień obrzmienia wejścia do krtani, 3) błonica z ropniem pozagardzielowym (*abscessus retropharyngealis*).

Intubacyi w praktyce prywatnej stoi na przeszkodzie wiele zarzutów czynionych w ogóle tej metodzie, zdaniem autora, całkiem niesłusznie. Zatkanie się tubusa błonami takie, by było dla życia dziecka niebezpiecznem, nie wydarza się nigdy; lekkie zatkanie śluzem usuwa dziecko kaszlem, przy silniejszem zupełnie wystarcza natrysk wody zimnej przez posługaczkę. Większe zboczenia w oddechu, o ile można położyć je na karb zatkania tubusa a nie zwiększenia się samej sprawy chorobowej, nie wytwarzają się nagle a są zawsze wskazaniem do ekstubacyi. Możności wykrztuszenia tubusa przez dziecko przy kaszlu zaprzeczyć się nie da, lecz przy dobraniu odpowiedniej wielkości jego z uwzględnieniem wieku i rozwoju ogólnego dziecka, wydarza się to nader rzadko a jeżeli zajdzie ten przypadek, to powodem tego jest mniejsze obrzmienie błony śluzowej krtani, lecz wtedy jest dostateczny czas na wezwanie lekarza celem dokonania, w razie potrzeby, reintubacyi. Zachłyśnięciu się dziecka podczas leżenia w krtani tubusa można zapobiedz w ostateczności przez karmienie sztuczne kateterem przez nos. Modyfikacya zaś tubusów przez Baera podana, mająca na celu zmniejszyć ruchomość krtani przy ruchach połykowych ze względu na możność powstania większych odleżyn, nie może znaleść zastosowania. Częścią ucisk tubusa na krtań, częścią porażenie pobłonicze, są przyczyną powstania bezgłosu, utrzymującego się nieraz nawet długo po przebyciu choroby a nie zostającego w ścisłym związku z czasem trwania intubacyi. Odleżyny powstają na wewnętrznej stronie krtani i na chrząstce nalewkowej (*cartilago arythaenoidea*) o wiele rzadziej po użyciu sposobu O'Dwyera, niż po tracheotomii. Wpadnięcie tubusa do krtani prawie nie wydarza się; do przełyku wprawdzie jest częstsze, lecz zwykle bez większych następstw, bo po 3—4 dniach wychodzi tubus z kałem.

Następową tracheotomię robi autor, gdy zaraz po intubacyi nie ma żadnego polepszenia, lub po przemijającej poprawie zwiększa się duszność a intubacya trwa dość długi czas i zachodzi obawa powstania odleżyn. Dobrych wyników po tej tracheotomii nigdy autor nie otrzymał.

Za intubacyą przemawia:

1) o wiele lepsze rezultaty, szczególnie u dzieci do 1-go roku życia,

2) bezkrwawość zabiegu; ztąd brak blizny i brak obawy stałego noszenia kaniuli,

3) możność utrzymania przez czas leczenia oddechu drogą naturalną przez usta, co przeszkadza powstaniu ognisk zapalnych w płucach.

Autor tendencyjnie poleca leczenie błonicy metodą O'Dwyera w praktyce prywatnej, jako zabiegu łatwego, dającego się dokonać bez asysty, wykazującego bardzo dobre wyniki, przez co zapobiedz by można ciągłemu przewożeniu chorych takich do miast dużych, posiadających osobne ku temu celowi szpitale. (*Wiener medic. Wochenschrift Nra 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. — 1894*). *Dr. Komorowski.*

Bakteryologia.

J. de Haan i A. C. Huysse. **O ścinaniu się mleka pod wpływem bakteryj cholery.**

Sprawdzając podane przez Kocha i Hueppego obserwacye co do działania bakteryj cholery na mleko, doszli autorowie do zupełnie przeciwnych wniosków, ogłoszonych już poprzednio przez Nettera, a mianowicie, że laseczniki te sprawiają stale ścinanie się wyjałowionego mleka i wyraźnie kwaśne jego oddziaływanie w ciągu 2×24 godzin. Otrzymany tym sposobem sernik rozpuszczał się w alkaliach i po przesączeniu przez filtr asbestowy osadzał się za dodaniem kwasów. Okoliczność ta czyni nieprawdopodobnem przypuszczenie jakiegoś fermentu podpuszczkowego, wytwarzanego przez laseczniki choleryczne, ponieważ sernik, otrzymany tą drogą (t. z. ser Hammarstena) nie rozpuszcza się w alkaliach, lecz w kwasach.

Bulion, zawierający cukier mleczny i zalkalizowany za pomocą sody, po dodaniu laseczników cholery, oddziaływał również kwaśno po 48 godzinach. I bulion i serwatka z poprzednich doświadczeń — oddziaływając kwaśno — zawierały długi czas żywe prątki choleryczne.

Chcąc określić, co w danym przypadku jest przyczyną ścinania się mleka, przedsięwzięli autorowie cały szereg odpowiednich poszukiwań chemicznych. Z serwatki, przesączonej przez filtr Chamberlanda, otrzymali oni w końcu jakiś aldehid, który uważają za pochodny kwasu mlekowego, i jakieś ciało białkowate (enzym), nie działające wprawdzie na mleko, lecz peptonizujące żelatynę. Zdaniem tedy autorów ścinanie się mleka pod wpływem bakteryj cholery zależy prawdopodobnie nie od jakiegoś fermentu podpuszczkowego, wydzielanego przez te laseczniki, lecz od wolnego kwasu mlekowego, powstającego wskutek rozkładu cukru mlekowego. *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Tom XV. Nr. 8/9.* *Dr. Wacław Orłowski.*

Juliusz Schnitzler. **O znalezieniu jadowitych gronkowców w zamkniętem ognisku osteomyelitycznem, powstałem przed 35 laty.**

F. Z., gospodarz lat 42 liczący, został w siódmym roku życia uderzony drągiem w prawą dolną kończynę. W skutek tego przypadku rozwinęło się wkrótce miejscowe zapalenie szpiku kostnego prawej goleni, które, po otworzeniu się powstałego ropnia i wydzieleniu się sekwestrów, zakończyło się wyzdrowieniem. Pacyent czuł się zupełnie zdrowym aż do Sierpnia 1892 r. W tym czasie pojawiły się ciągłe bóle w prawej goleni, dreszcze a stopniowo i inne objawy ponowienia się przebytej przed 35 laty sprawy chorobowej. Cierpienie przybrało cechę przewlekłą i dopiero w Grudniu następnego roku chory zgodził się na operacyę, podczas której znaleziono w zgrubiałej kości goleniowej przestwór wielkości orzecha laskowego, szczelnie zewsząd zamknięty, zawierający tkankę ziarninową, trochę piasku kostnego i nieco ropy. Badanie bakteryologiczne otrzymanej treści wykazało jedynie gronkowiec złocisty, który zachował zupełną swą jadowitość. Podobne przypadki opisali Krause i Ressemann (recydywy nastąpiły po 30 latach), przyczem tylko Krause zbadał swój przypadek bakteryologicznie i znalazł gronkowiec złocisty. W ostatnich wreszcie czasach ogłosił Müller przypadek ropnia kości u 11-letniego chłopca; ropień ów trwał już 4 lata i zawdzięczał swe pochodzenie również gronkowcowi złocistemu. Na zasadzie swego przypadku sądzi Müller, że formy odnawiające się i przypadki zapalenia szpiku kostnego u osób dorosłych należy uważać za dzieło ukrytych pasorzytów, stale i nieznacznie działanie swe niszczące wywierających. Nie wszyscy jednak autorowie zgadzają się na takie objaśnienie, przypuszczając raczej w takich przypadkach reinfekcyę. Pośredniej drogi trzyma się Kraske. Sądzi on mianowicie, że w przeważnej liczbie przypadków t. zw. zapaleń szpiku kostnego powrotnych, tych osobliwie, które przebiegają nie bardzo burzliwie, jako zapalenia ograniczone, w których tworzą się nieznaczne sekwestry, lub typowe ropnie kostne, należy przypuszczać stałe zarodniki, wyczekujące tylko odpowiedniej chwili, by swe działanie niszczące nanowo rozpocząć; we wszystkich zaś piorunująco przebiegających przypadkach przypuszcza on raczej następową reinfekcyę.

Sądząc swój przypadek ze stanowiska przytoczonych hipotez, zadaje sobie autor dwa pytania: czy gronkowce mogą przebywać tak długi czas w ustroju człowieka w stanie,

dopuszczającym dalszy ich rozwój w okolicznościach sprzyjających i czy mogą one żyć wewnątrz tkanek ludzkich, nie sprawiając przytem żadnej klinicznie objawiającej się reakcyi? Przytaczając znane okoliczności o znajdowaniu wielu bakteryj chorobotwórczych na błonach śluzowych zdrowych ludzi a nawet koków ropnych na powierzchni ran, gojących się *per primam*, odpowiada autor na ostatnie pytanie potakująco. Ponieważ jednak bakterye ropne wewnątrz tkanki zdrowej, po zagojeniu się rany, utrzymują się tylko krótko, sądzi autor, że jedynie tylko w *martwych jamach*, powstających szczególnie w skutek zamknięcia się przetoki kostnej, mogą się znaleść okoliczności, odpowiadające raczej sztucznemu podłożu, a nie reagującej tkance zdrowej, okoliczności pozwalające nawet na dłuższe przebywanie tam bakteryj ropnych. Rozwijając swą myśl dalej i biorąc przykłady z opisanych przypadków Lewego i Müllera, dochodzi autor do przekonania, że okoliczności w podobnych jamach martwych, wypełnionych tylko ziarniną i nieznaczną ilością ropy, w jamach, do których jest ciągły dopływ substancyj odżywczych a prawdopodobnie i ciągłe wchłanianie lub przeróbka przez tkankę ziarninową produktów przemiany materyi, że okoliczności te dozwalają bakteryom bardzo długiego, bo nawet 35-letniego, jak w opisanym przypadku, wegetowania. Autor zbija następnie myśl Kraskego o możliwości reinfekcyi i przyjmuje, że raczej pewne urazy, małe krwotoki mogą wyprowadzić tkankę i zawarte w niej drobnoustroje z tej równowagi, w jakiej dotychczas przebywały. Ten sam skutek, w myśl doświadczeń Buchnera i Kleina, mogą wywrzeć również i pewne zboczenia przemiany materyi. *(Centralblatt f. Bakt. u. Paras. Bd. XV Nr. 8/9.* *Dr. Orłowski.*

Zapiski terapeutyczne.

O. Goldberg. Antyseptyka w położnictwie. (Na podstawie doświadczeń i spostrzeżeń w klinice położniczej drezdeńskiej). Nie ulega wątpliwości, że największe niebezpieczeństwo gorączki połogowej tkwi w zakażeniu z zewnątrz a najskuteczniejszym sposobem jej uniknienia: ograniczenie badania wewnętrznego do koniecznej tylko potrzeby, badanie z zachowaniem prawideł najściślejszej antyseptyki, jak najdokładniejsze oczyszczanie i desinfekcya części rodnych wewnętrznych i ich sąsiedztwa przed każdym rękoczynem — a zatem i badaniem wewnętrznem — i przed porodem.

Gdy z jednej strony Leopold i J. Veit są stanowczo zdania, że badanie zewnętrzne przy należytej wprawie i systematyczności poucza nas o bardzo wielu okolicznościach a często i o wszystkich szczegółach przebiegu porodu tak, że badanie wewnętrzne jest niepotrzebne albo nierzadko badanie raz lub dwa razy wystarcza zupełnie, oświadczono z drugiej strony, że w tem ograniczaniu badania wewnętrznego nie wolno znów iść za daleko, boby można przeoczyć nieraz bardzo ważne szczegóły, jak n. p. poprzedzanie pępowiny, rączki i t. p. i minąć się z czasem właściwym do dania pomocy.

Obecnie przyjmuje się, iż w przypadkach prawidłowych, stanowiących 94% całej liczby porodów, jedno lub dwa badania (pierwsze po przybyciu do rodzącej, drugie po pęknięciu pęcherza płodowego) zupełnie wystarczają. Dlatego słusznie bardzo wprawia się teraz położne (akuszerki) podczas nauki w badanie zewnętrzne a ograniczenie badania wewnętrznego, które, jeżeli go potrzeba tylko raz lub dwa razy, da się z łatwością wykonać według najściślejszych zasad aseptyki. I to uwzględnić wypada, że jeżeli badanie zewnętrzne jest dokładne, dla wewnętrznego nie pozostaje wiele a wtedy da się ono przeprowadzić rychło i delikatnie.

Oprócz zakażenia z zewnątrz i z wnętrza przez zmiany chorobowe w pobliżu macicy (jak ropień w jajniku, *parametritis* i t. p.) nie ulega wątpliwości, że zakażenie mogłoby nastąpić także i ze strony macicy i pochwy; oczywiście ma się tu na myśli jedynie przypadki porodów nie tylko prawidłowych, ale i porodów u osób nie cierpiących na żadne choroby ani ogólne ani miejscowe, bo co do tych wszystkich jednomyślne jest zdanie, że trzeba w nich postępować ściśle antyseptycznie.

W tej mierze zasługuje na uwagę, że w przeciągu ostatnich sześciu lat w klinice drezdeńskiej 3393 prawidłowo rodzących poddano desinfekcyi zewnętrznej (przez wypłukanie i lekkie wytarcie pochwy roztworem sublimatu 1:4000) a 2014 takich samych rodzących wcale nie desinfekcyonowano. Z pierwszych zachorowało 1·26%, z drugich zaś 0·88, z tamtych umarło na zakażenie połogowe 0·2%, z tych zaś tylko 0·15%, z czegoby wypadało, że u rodzących prawidłowo desinfekcya pochwy nie tylko nie jest potrzebna, ale nawet szkodliwa.

Dlatego bardzo słusznem jest rozporządzenie ministerstwa saskiego, które położnym pozwala działać samodzielnie tylko w porodach zupełnie prawidłowych, zakazuje przepłukiwań pochwy a nakazuje przed każdem badaniem jak najstaranniejszą desinfekcyę rąk.

Pod względem postępowania przeciwgnilnego w położnictwie nie ma jeszcze ogólnej zgody; najwięcej używa się we wszystkich przypadkach nieprawidłowych przepłukiwania pochwy, a jeżeli się da, i szyi macicznej raz, jeżeli zaś poród trwa długo i badano wewnętrznie nieraz, kilka razy jednym do dwóch litrów roztworu sublimatu 1: 4000, przyczem palcem pociera się lekko. Po porodzie następuje desinfekcya całego przewodu rodnego 3% roztworem kwasu karbolowego w ten sposób, iż naprzód przepłukuje się litrem tego płynu pochwę i szyję maciczną a następnie macicę jednym do dwóch litrów tego samego płynu.

Sublimat uchodzi za niebezpieczny dla jamy macicy; lizol nie ma stałego składu chemicznego, ale ma tę zaletę, że wygładza przewód rodny a przeto ułatwia całą sprawę porodową. Dlatego po przepłukaniu pochwy kwasem karbolowym dobrze jest przepłukać ją jeszcze lizolem, co tak ją wygładza, że i bez pomazania tłuszczem można rękę a w razie potrzeby i przedramię wprowadzić do wnętrza przewodu rodnego i dokonać w nim potrzebnych operacyj, jak n. p. obrotu, odklejenia łożyska i t. d.

Niebezpieczeństwo przestrzykiwań macicy kwasem karbolowym daje się bardzo znacznie zmniejszyć, jeżeli przed przestrzyknieniami lub podczas nich wywoła się mocne skurcze macicy przez masowanie lub gorące okłady, płyn wlewa pod małem (z wysokości 30 do 60 cm.) ciśnieniem, przez poruszanie rurki użytej do wstrzyknienia ułatwia odpływ płynu, płyn zaś zatrzymany wyciśnie.

Szczególnej ostrożności wymaga użycie środków przeciwgnilnych, osobliwie sublimatu u osób cierpiących na zapalenie nerek, gdyż one równie jak i te, które utraciły dużo krwi, są skłonniejsze do chorób zakaźnych. W drezdeńskiej klinice położniczej używa się w tych razach słabszych roztworów desinfekcyjnych, jak 1 do 2% kwasu karbolowego, 10:1:1000 mięszaniny kwasów borowego i salicylowego; 1‰ nadmanganezanu potasowego albo nawet 3—5 litrów wody przegotowanej w celu tylko mechanicznego oddalenia zarodków chorobowych.

Przeciw krwotokom z gnuśności macicy używa się naprzód środków najprostszych, jak wypróżnienia cewnikiem pęcherza moczowego, masowania macicy, wilgotnych okładów bardzo gorących na dolną część brzucha, często zmienianych. Jeżeli to wszystko nie wystarcza, można użyć z dobrym skutkiem 50% dodatku do płynów przestrzykujących czystego, przez gazę przefiltrowanego octu i nagłej zmiany temperatury płynów do przestrzyknienia użytych w ten sposób, iż po przestrzykaniu płynem o 40° R. używa się zaraz płynu jak najzimniejszego, do czegoby można użyć kawałków lodu, gdyby się miało pewność, iż lód ten jest zupełnie czysty, na co zwykle trudno rachować.

W każdym razie podczas tamowania takich niebezpiecznych krwotoków, jak wogóle w operacyach położniczych jest rzeczą nadzwyczaj ważną, by ręka operującego nie stykała się z przedmiotami i częściami ciała niedesynfekcyonowanemi. W tej mierze znakomite oddaje usługi ręcznik w go-

rącym $1^0/_{00}$ rozczynie sublimatu desinfekcyonowany i na brzuch rodzącej w jednej lub dwóch warstwach położony. Wtedy operujący może używać obydwóch rąk bez obawy o nowe ich zakażenie.

Rozumie się samo przez się, że zewnętrzne części płciowe rodzącej i ich sąsiedztwo należy przed operacyą oczyścić gruntownie przez namydlenie a następnie otarcie zapomocą waty lub płótna rozczynem gorącym $1^0/_{00}$ sublimatu.

W celu desinfekcyi należy ręce po należytem oczyszczeniu rowka poza paznogciami przez 5 minut czyścić mydłem w ciepłej wodzie a potem po spłukaniu mydła wycierać przez 3 minuty szczotką i rozczynem $1^0/_{00}$ sublimatu. Nacieranie tłuszczem jest wówczas zbyteczne.

Narzędzia do operacyi potrzebne muszą być oczywiście aseptyczne, co zrobić można albo w domu albo u położnicy, najlepiej przez wygotowanie tuż przed operacyą. W tym celu używa się w klinice położniczej drezdeńskiej osobnego armamentaryum (wyrabia je *W. Deicke Nachfolger, Dresden, Johannisstrasse*), złożonego z narzędzi opatrzonych rękojeściami metalowemi a obwiniętych w torby z grubego płótna, które mieszczą się razem w skrzynce blaszanej. Można je wyjaławiać albo na sucho albo na wilgotno przez gotowanie 8 do 10 minut nad jakimkolwiek płomieniem. Ażeby nie tracić czasu przez czekanie na wychłódnienie narzędzi, dobrze jest, by w skrzynce znajdywał się koszyk druciany a w nim dopiero mieściły narzędzia. Wody użytej do wygotowania narzędzi można oczywiście użyć do przestrzykiwań. Jeżeli nie ma czasu na gotowanie, należy narzędzia wymyć dobrze szczotką przy pomocy wody ciepłej a potem wytrzeć naprzód spirytusem, następnie zaś $5^0/_0$ rozczynem kwasu karbolowego.

Narzędzia nie dające się wyjałowić przez gorąco jak kolpeurynter, pęcherze Banesa i Tarniera należy oczyścić według przepisu podanego dla rąk operatora, następnie na kilka godzin włożyć do rozczynu $1^0/_{00}$ sublimatu i pokryć watą, potem przechowywać w $10^0/_0$ wacie salicylowej a przed samem użyciem desinfekcyonować według sposobu podanego powyżej dla rąk operatora. (*Therapeutische Mtshefte. Marzec 1894*).

— M. Cohn w Hamburgu zaleca na podstawie własnego, przeszło dwuletniego doświadczenia w więcej niż 100 przypadkach zadawanie wewnętrzne ichtyolu w gruźlicy, osobliwie u ludzi biednych, których nie można leczyć klimatycznie, dla których i kreozot nieraz zresztą psujący trawienie, jeżeli się go zadaje w dużych ilościach, jest za drogi. Przepis jest bardzo prosty:

43) Rp. *Ichthyoli*
Aquae destil.
aa 20·00

Z tego płynu zadaje z początku po 4 krople trzy razy dziennie i dochodzi, dając o kroplę dziennie więcej, do 40 kropel, również po trzy razy dziennie. Dzieciom od lat 5 do 12 zadaje połowę dawki dla dorosłych. Uważa za rzecz ważną, by chorzy zażywali te krople w kieliszku lub połowie szklanki wody. Najlepiej zażywać przed samem jedzeniem, popijając dla pokrycia złego smaku małą ilością czarnej kawy. Autor nie uważa, by ichtyol miał jaki wpływ swoisty na gruźlicę, lecz sądzi, że działa korzystnie na nią przez poprawienie znakomite odżywiania ustroju. Dlatego zachęca bardzo do prób z ichtyolem w gruźlicy. (*Deutsche med. Wochenschrift 5. Kwietnia 1894*).

— Do opatrywania wrzodu miękkiego zaleca G. Monroe:

44) Rp. *Camphorae pulveratae*
Plumbi acetici
aa 4·00
Amyli puri 30·00
M. f. p.
DS. Zewnętrznie.

Proszkiem tym zasypuje się wrzód obficie po trzy razy dziennie a następnie pokrywa warstwą waty napojonej olejem rącznikowym (*oleum ricini*).

— Przeciwko bólom żołądkowym u dziewcząt w wieku pokwitania zaleca prof. Escherich w Gracu:

45) Rp. *Argenti nitrici* 0·10
Aquae destil. 100·00
Glycerini puri 10·00
MDin vitro coeruleo.

S. Po dwie do trzech łyżeczek deserowych zażywać dziennie. (*La semaine médicale 4. Kwietnia 1894*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 14. Marca 1894.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 9.

1) Wobec tego, że jedna z mleczarń poleconych przez Towarzystwo lek. krak. utraciła to polecenie a w mieście czuć się daje potrzeba mleka, któreby czyniło zadość wymaganiom higienicznym i dawało bezwzględną rękojmię dobroci i zdrowotności, gdyż pozostałe dwie mleczarnie nie są w stanie uczynić zadość potrzebie, uchwalono już z góry zachęcić okolicznych właścicieli mleczarń do poddania swych produktów ściślejszemu badaniu. Do komisyi nadeszło dotąd jedno zgłoszenie się. Ponieważ według opinii członka komisyi, prof. Walentowicza rasa krów i sposób ich żywienia jak niemniej urządzenie zakładu mlecznego odpowiadają w zupełności wszelkim wymaganiom, uchwalono mleko z tej mleczarni poddać badaniu chemicznemu.

2) Przyjęto do wiadomości dziesięć świadectw lekarskich i weterynarskich z mleczarni w Śledziejowicach i to za czas od 31. Października 1893. do 2. Marca 1894 r. Zarządowi mleczarni w Gnojniku uchwalono przypomnieć pilniejsze nadsyłanie świadectw o stanie zdrowia krów i służby stajennej. Uchwalono również, by świadectwa weterynarskie wystawiał zawodowy i egzaminowany weterynarz.

3) Panu Karolowi Bałłabanowi we Lwowie uchwalono donieść, że zakład higieniczny prof. Bujwida jest najodpowiedniejszym do ocenienia wartości zdrowotnej starki żytniej jego wyrobu. Starka ta, której rozbioru chemicznego dokonał prof. Radziszewski we Lwowie, „działać ma na ustrój ludzki tak samo jak prawdziwy koniak“.

4) Przyjęto do wiadomości, że p. Maryan Zahradnik w Złoczowie wydaje od połowy Stycznia b. r. dwutygodnik poświęcony sprawom zawodu aptekarskiego pod tytułem: *Kuryer aptekarski.*

5) Co do podniesionej na ostatniem posiedzeniu kwestyi rozszerzania wiadomości o przetworach leczniczych krajowych, przez Towarzystwo lekarskie krakowskie poleconych, pomiędzy lekarzami we wschodniej części kraju praktykującymi, to zgodzono się prawie w zupełności z wnioskami, jakie przedstawił komisyi jej delegat, Dr. Wachtel we Lwowie i uchwalono: *a*) przesłać Sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. wiadomość o celach i dotychczasowej czynności komisyi wraz ze spisem środków leczniczych, dyetetycznych i higienicznych przez Tow. lek. krak. poleconych i kopiami protokołów z posiedzeń komisyi, o ile są jeszcze w zapasie. *b*) przesyłać tejże Sekcyi odtąd odbitki z protokołu każdego posiedzenia, *c*) zachęcać odtąd wszystkich producentów, których wyroby Tow. lek. krak. poleci, ażeby ich okazy wraz z poleceniem przesyłali Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie.

6) Po przekonaniu się o szybkiej rozpuszczalności i należytym sposobie wyrabiania perełek ocukrzonych z siarkanem atropiny sporządzanych przez aptekarza p. Sobierajskiego w Krakowie, uchwalono przedstawić je Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu do polecenia w dalszym ciągu podobnych perełek z innymi lekami, poprzednio już poleconymi. Każda perełka zawiera po $^1/_2$ miligrama siarkanu atropiny. Cena jest przystępna, gdyż flakonik zawierający 50 perełek kosztuje 50 ct. (Wniosek ten Towarzystwo lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 21. Marca 1894 r.).

7) Przyjęto do wiadomości pismo p. dyrektora Seelinga, w którem donosi, że zaniechał wyrabiania nadal masła oczyszczonego, które badać miała komisya.

8) Do zestawienia spisu lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych i zagranicznych zaproszono Dra Ludomiła Korczyńskiego jako sekretarza podkomisyi balneologicznej.

Sekretarz komisyi przemysłowo-lekarskiej:
Dr. Michał Śliwiński.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Kwietnia 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VI. Zjazd chirurgów polskich, odbędzie się we Lwowie od 18. do 21. Lipca 1894. równocześnie z VII. Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich, działając jako odrębna Sekcya chirurgiczna.

Jest wszelka nadzieja, że Zjazd powinien udać się świetnie, bo już nadchodzą liczne zgłoszenia się a Wystawa krajowa niemało przyczyni się do urozmaicenia i uprzyjemnienia gościom pobytu we Lwowie.

Upraszamy gorąco o wzięcie udziału w tym Zjeździe a zarazem o zapowiedzenie jak najwcześniejsze odczytu na ręce niżej podpisanego gospodarza Sekcyi chirurgicznej we Lwowie.

Chorych przeznaczonych do przedstawienia, przyjmie na ten czas oddział chirurgiczny szpitala powszechnego lwowskiego; również i prosektoryum będzie do dyspozycyi uczestników Zjazdu w razie potrzebnych demonstracyj.

Termin zapowiadania odczytów upływa z dniem 25. Czerwca 1894.

Prof. Dr. L. Rydygier,
Przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich. Kraków.

Prymaryusz Dr. G. Ziembicki,
Gospodarz Sekcyi chirurgicznej. Lwów.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła dnia 6. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem po załatwieniu spraw bieżących uchwalono: 1) Na zdanie sprawy dyr. Dra S. Ponikły nie zgodzić się na zbudowanie rzeźni drobiu na miejscu, gdzie jest tymczasowa, tylko wskazać jako najodpowiedniejsze na ten cel miejsce grunt za wałem kolejowym przy cmentarzu izraelickim. 2) Na zdanie sprawy prof. Dra Łazarskiego udzielić kasie chorych robotników pozwolenia na utrzymanie ambulatoryum w dotychczasowem miejscu a odmówić pozwolenia na urządzenie apteki domowej w myśl obowiązujących przepisów. 3) Na zdanie sprawy r. m. prof. Dra Pareńskiego utrzymać w mocy rozporządzenie tyczące się odwietrzania starych ubrań tandetnych.

— Ostatnie posiedzenie międzynarodowego kongresu lekarskiego odbyło się stósownie do programu dnia 5 b. m. Prezes kongresu, minister prof. Baccelli, żegnając przybyłych, podziękował im imieniem Włoch za udział w zjeździe i zaproponował, by następny kongres odbyć w Cesarstwie rosyjskiem, zostawiając rządowi jego oznaczenie miasta. Prof. Danilewski oświadczył imieniem rządu rosyjskiego, iż propozycyę tę przyjmuje, poczem wniosek Baccellego uchwalono. W końcu zabrali głos po kolei przedstawiciele komitetów zagranicznych i podziękowali Obojgu Królestwu i rządowi Włoskiemu za gościnność. Na tem zakończono czynności kongresu.

— Prof. Gwidon Baccelli, prezydent co właśnie odbytego międzynarodowego kongresu lekarskiego w Rzymie, jest niewątpliwie jednym z najznakomitszych lekarzy włoskich. Urodzony w r. 1832. jest od r. 1870. profesorem kliniki lekarskiej w uniwersytecie rzymskim. Prace jego o chorobach serca, o leczeniu tętniaków aorty, o malaryi, o przechodzeniu drgań przez wysięki w opłucny, są znane całemu światu lekarskiemu.

Prof. Baccelli jest jednym z najwybitniejszych członków parlamentu włoskiego, był po raz pierwszy od r. 1881. do 1884. włoskim ministrem oświaty a jest nim obecnie po raz wtóry i na tem stanowisku położył niemałe dla Włoch zasługi przez podniesienie poziomu szkół elementarnych i wykształcenia uniwersyteckiego. Uniwersytet rzymski zawdzięcza jemu olbrzymi zakład, poliklinika zwany a zaopatrzony we wszystko, czego wymaga obecny stan nauki lekarskiej. Prof. Baccelli włada podobnie, jak wielce zasłużony były profesor anatomii w Wiedniu Hyrtl, znakomicie językiem łacińskim a pamiętnem jest wrażenie, jakie przez to wywołał na kongresie w Berlinie.

— Myśl kongresów międzynarodowych lekarskich wyszła pierwotnie z Francyi a mianowicie od Towarzystwa francuskiego popierania nauk, które postarało się, iż podczas wystawy paryskiej w r. 1867. odbył się pierwszy kongres pod przewodnictwem prof. Bouillauda. W kongresie tym wzięło udział 500 lekarzy niefrancuskich i na nim postanowiono na wniosek Dra Pantaleoniego odbywać peryodycznie w innych miastach podobne zjazdy międzynarodowe.

Drugi kongres odbył się w r. 1869. pod przewodnictwem Dra Salwatora Renziego we Florencyi z udziałem bardzo słabym, bo obejmującym mało co nad 100 lekarzy zagranicznych.

W r. 1873. podczas wystawy powszechnej odbył się w Wiedniu pod przewodnictwem mistrza w anatomii patologicznej. profesora Rokitańskiego trzeci kongres, który zajmował się między innemi i wieloma sprawami z zakresu higieny, jak zapobieganiem cholerze, szczepienia ospy ochronnej Na tym to kongresie uchwalono, iż językami urzędowemi kongresu będą odtąd języki: angielski, francuski i niemiecki.

Czwarty kongres odbył się w r. 1875. w Brukselli pod przewodnictwem Vlemingkxa. Prezydentami honorowymi byli ze strony Francyi: Bouillaud, Jaccoud, Larrey i Verneuil, ze strony Anglii: Bowmann, ze strony Niemiec: Langenbeck i Graefe, ze strony Austryi: Sigmund i Hebra. Na tym kongresie zajmowano się między innemi cholerą, chirurgią antyseptyczną.

Piąty kongres odbył się w Genewie pod przewodnictwem Karola Vogta a wzięły w nim udział urzędownie Anglia, Austrya, Niemcy, Francya, Belgia, Włochy, Stany Zjednoczone Ameryki Północnej, Szwajcarya, Holandya, Szwecya i Egipt. Było na nim 6 sekcyj: medycyny wewnętrznej, chirurgii, ginekologii z położnictwem, higieny publicznej, biologii i oftalmologii z otologią.

Szósty kongres odbył się w Amsterdamie a przewodniczył mu profesor Donders. Na kongresie tym zrobiono wielką owacyą słynnemu Listerowi, twórcy chirurgii antyseptycznej. Sekcyj było już 9 przez utworzenie nowych: psychiatrycznej i farmakologicznej tudzież oddzielenie otologii od oftalmologii.

Ósmy kongres odbył się w r. 1881 w Londynie pod przewodnictwem Pageta; liczba członków jego dosięgła 3000. Było na nim sekcyj 16. Na zjeździe tym oddał pamięci Jennera hołd Pasteur, którego znów uczczono wielką owacyą.

Ósmy kongres odbył się w Kopenhadze a przewodniczył mu słynny Panum; brało w nim udział koło 1700 lekarzy.

Dziewiąty kongres odbyty w Waschingtonie w r. 1887 nie miał powodzenia.

Dziesiąty kongres odbyty w Berlinie w roku 1890 przy udziale niezwykłej, bo prawie 6000 lekarzy obejmującej liczby i 31 państw, reprezentowanych przez osobne delegacye, miał 18 sekcyj a pamiętny jest z przemówienia Kocha, który w tajemniczy nieco sposób dał do zrozumienia, iż jest na drodze znalezienia środka przeciw gruźlicy.

— Dotąd leczono w krakowskim szpitalu św. Łazarza dwunastu chorych, pokąsanych przez psa wściekłego, z różnych okolic kraju sposobem ochronnym Pasteura. Z tych pochodziło 2 z Głogowa (powiat Rzeszowski), 1 z Król. polskiego (gub. Kielecka), 1 ze Stryja, 1 z Radomyśla (pow. Mielecki), 1 z Zielonek (pow. Krakowski), 4 z powiatu Przemyskiego a 2 z Grzymałowa (pow. Skałacki). Leczeniem zajmuje się prof. Dr. Bujwid i jego asystent. U sześciu chorych leczenie ukończono. We wszystkich przypadkach żąda się urzędowego potwierdzenia wścieklizny psa.

— W instytucie Pasteurowskim w Paryżu poddano w 1893 r. 1648 osób szczepieniu ochronnemu przeciw wściekliźnie; z nich umarło 4 prócz dwóch, u których pierwsze przypady wścieklizny ukazały się w czasie krótszym, niż 15 dni po ostatnim szczepieniu. Odpowiada to śmiertelności 0·24%. Między szczepionymi było 1470 Francuzów a 178 cudzoziemców: 43 Hiszpanów, 35 Greków, 23 Anglików, 22 Belgów, 18 Egipcyan, 18 poddanych angielskich z Indyj Wschodnich, po 9 Szwajcarów i Holendrów i 6 Portugalczyków.

Od zaprowadzenia szczepienia ochronnego poddano mu ogółem 14430 osób, z których 72 umarło. Pokąsanych było 1213 w głowę, 8032 w ręce i 5186 w inne części ciała. Najwięcej umarło z pomiędzy pokąsanych w głowę, bo 16 na 1213 czyli 1·32%, gdy śmiertelność dla wszystkich wyniosła według dat co przywiedzionych tylko 0·5%.

— Temi dniami odbyło się walne zgromadzenie ogólnego stowarzyszenia lekarzy francuskich, liczącego teraz 8000 członków, rozdzielonych na 98 towarzystw reprezentowanych w radzie jeneralnej, mającej w Paryżu swą siedzibę. Jakkolwiek składka roczna wynosi od członka tylko po 12 franków, wypłaciło stowarzyszenie dotychczas więcej niż 100.000 franków swym członkom niezdolnym do pracy i wdowom lub sierotom po lekarzach.

Kapitał stowarzyszenia powstały z darów i legatów wynosi teraz prawie 3 miliony franków; z rent dożywotnich pobiera 78 osób po 600 franków i 10 osób po 800 franków.

— Do konserwacyi mleka służą, jak wiadomo, pasteryzacya, wyjaławianie przez ogrzanie, zgęszczenie i zamrożenie. A. Villon podaje teraz nowy sposób przechowywania mleka za pomocą tlenu albo szczerego albo zmięszanego z kwasem węglowym, wprowadzonego pod znacznem ciśnieniem. W tym celu mleko zaraz podczas dojenia wpuszcza się do zamkniętych naczyń i w nich zgęszcza tlen w celu zniszczenia zakisów. Następnie przelewa się je do naczyń metalowych 100 litrowych pod ciśnieniem 2 atmosfer. Mleko w ten sposób traktowane ma trzymać się całemi miesiącami w najrozmaitszych temperaturach i odbywać dalekie podróże bez żadnej zmiany. W razie potrzeby obniża się ciśnienie w naczyniu i wypuszcza mleko tak, jakby było świeżo wydojone.

— Do egzaminu na lekarzy rządowych czyli fizyków we Węgrzech będą odtąd dopuszczani lekarze tylko z dyplomami albo węgierskiemi albo austryackiemi wydanemi przed 1. Listopada 1893.

— Konsumcya piwa w Niemczech wzmogła się znowu w roku 1892/3 i wyniosła ogółem 5.456.000.000 litrów t. j. średnio na głowę 107·8 litrów, z czego na Bawaryą przypada po 227·7 litrów również na głowę. Zasługuje przytem na uwagę, iż mimo tego zwiększania się konsumcyi, zmniejsza się liczba browarów, t. j. browary mniejsze giną w walce konkurencyjnej z większemi. Gdy w roku 1873 było 4943 browarów po miastach a 9445 na wsiach, było w roku 1893 tamtych 4022 a tych zaledwie 4996. Opłaty konsumcyjne i celne od tego piwa wyniosły 80.833.800 marek, co wynosi na głowę w całem państwie niemieckiem 1·60 a w samej Bawaryi 5·72 marek.

— W 15 większych miastach szwajcarskich zmarło w r. 1892 osób 6596 w wieku nad 20 lat; między nimi 427 z nadużycia alkoholu, co stanowi 6·5%, z czego przypada 10·8% na mężczyzn a około 2% na kobiety. Z 361 mężczyzn zmarłych skutkiem pijaństwa przypada na lata życia od 20 do 39 lat 22.7%, od 40 do 59 lat 55·7%, nad lat 60 żyło 21·6%; potwierdza się przeto dawne doświadczenie, iż pijacy umierają najczęściej między 40. a 60. rokiem życia.

— W warszawskim szpitalu dla dzieci fundacyi Bersohnów i Baumanów pozostało z r. 1892. chorych 35, przyjęto w r. 1893. dzieci chorych 584, razem było w leczeniu przeto 619, z których wyszło 518, zmarło 76, zostało na rok bieżący 25.

Ogółem przepędziły dzieci w szpitalu 11200 dni. Średni czas pobytu chorego w szpitalu 18 dni. Procent śmiertelności wyniósł 12·2.

W ambulatoryum szpitala udzielono porady dzieciom i dorosłym razem 30887 osobom. Zaszczepiono ospę ochronną 653 dzieciom. Koszt dzienny utrzymania w szpitalu wyniósł dla dziecka w kopiejkach na żywność 10.0, na lekarstwa i opatrunki 7.7, na inne potrzeby 47.3 czyli razem 65.0 kopiejek.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej wychodzi obecnie 234 dzienników lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18. Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Cybulski okaże i objaśni przyrząd własnego pomysłu; 2) kol prof. Korczyński Ed. przedstawi kilka rzadszych przypadków chorobowych; 3) kol. Korczyński Ludomił poda: Przyczynek do etyologii wad sercowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Zarządu zdrojowego w Szczawnicy.



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 21. Kwietnia 1894 r. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 38.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Péres, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.

Napisał

Dr. Tadeusz Mayzel,

sekundaryusz oddziału.

Odczyt w dniu 4. Października 1893 roku w Towarzystwie lek. krak.

W roku 1885. wprowadził prof. Edward Lang do leczenia ogólnego kiły nowy przetwór rtęciowy, nierozpuszczalny, który nazwał: *oleum cinereum.* Przetwór ten używany przez prof. Langa po dziś dzień do wstrzykiwań podskórnych oddaje mu tak dalece znakomite usługi w leczeniu kiły, że przenosi on *oleum cinereum* nad wszelkie inne przetwory rtęciowe a nawet nad wcierania szaruchy.

Prof. Lang stósuje dwojaki olej szary: *Oleum cinereum forte* 50%[1]) i *oleum cinereum* 30%[2]) przetwory, różniące się tylko procentowo ilością metalicznej rtęci.

[1]) Przepis aptekarski na *unguentum cinereum lanolinatum forte* jest następujący:

Rp. *Lanolini anhydrici* 15·00

Solve in chloroform. q. satis ad perfectam solutionem (50·00); evapora chloroformium in mortario amplo perpetua agitatione tam diu, ut sit pondus remanentiae 30·00; tum adde: Hydrargyri vivi depurati 30·00; conteratur lente usque ad evaporationem chloroformii et perfectissim. extinctionem hydrargyri.

Oleum cinereum 50% zapisuje się:

Rp. *Ung. ciner. lanolinati fort.* 9·00
Ol. amygdalar. optimi 3·00

Adde oleum unguento, sensim sensimque inter assiduam agitationem, ut fiat oleum plane aequale; serva in vitro amplo epistomeo vitreo clauso. S. Oleum cinereum 50%.

[2]) Przepis na *unguentnm cinereum lanolinatum mite:*

Rp. *Lanolini anhydrici*
Hydrargyri vivi *ãã* 50·00

Conterantur in mortario porcellaneo ope chloroformii usque ad planam extinctionem hydrargyri, servetur in vitro, epistomeo vitreo clauso.

Pomysł zrobienia przetworu zasługuje na uwagę z tego względu, że udało się prof. Langowi przez rozpuszczenie większej ilości lanoliny w chloroformie i roztarcie jej z metaliczną rtęcią utworzyć maść, zawierającą na dwie części rtęci, jedną część lanoliny *(unguentum cinereum lanolinatum forte)*, w której po roztarciu jej w cienkiej warstwie na ciemnym papierze nie powinno być widać ani gołem okiem, ani za pomocą lupy kuleczek rtęci. Maść ta zmięszana i przyrządzona w podany już sposób *cum oleo olivarum rec.* lub *oleo amygdal. optimo* w odpowiednim stósunku daje gotowy już olej szary.

Głównym powodem, który skłonił prof. Langa do doświadczeń *cum oleo cinereo*, była wada, wspólna zresztą wszystkim zawiesinom soli rtęciowych nierozpuszczalnych, mianowicie niemożebność ścisłego oznaczenia dawek rtęci, którą do ustroju wprowadzamy a ztąd potrzeba wyszukania takiego przetworu, któryby warunkom powyższym, o ile się da, mógł odpowiedzieć. Otóż olej szary warunki te w zupełności posiada, gdyż rozdzielenie rtęci metalicznej jest w przetworze jednostajne a tem samem dawki rtęci dają się ściśle odmierzyć[1]).

Co do samej techniki wstrzykiwań postępuje prof. Lang w następujący sposób: Do wstrzykiwań używa osobnej strzykawki, o pojemności 0·5 cm. sz., podzielonej odpowiednią skalą na 50 podziałek tak, iż najmniejsza dawka dająca się odmierzyć wynosi 0·01 cm. sz. *oleum cinereum;* za pomocą zatyczki, przy tłoczku umieszczonej można zamierzoną ilość płynu ściśle oddzielić. Preparat, zawarty w słoiku szklanym, dokładnie zamkniętym, który już w zwykłej pokojo-

Przepis zaś lekarski opiewa:

Rp. *Ung. ciner. lanolin. mitis* 6·00
Ol. amygdal. optimi
(sive ol. olivarum rec.) 4·00

Adde oleum unguento sensim sensimque et perpetua agitatione, ut fiat oleum plane, aequale, serva in vitro amplo epistomeo vitreo clauso. S. Oleum cinereum 30%.

[1]) Ullmann, Wiener Medizinische Wochenschrift.

wej ciepłocie tężeje a powinien być przechowany w chłodnem miejscu, ogrzewa się przed samem użyciem do ciepłoty około 25° C., skutkiem czego przemienia się w gęsty płyn, który przez dokładne zakłócenie staje się zupełnie jednostajną zawiesiną. Tak przygotowany preparat wstrzykuje prof. Lang chorym, do leczenia ogólnego przygotowanym, podskórnie w plecy (*spatium interscapulare*) i to po raz pierwszy w dawce 0·10 do 0·20 cm. sz. *oleum ciner. forte*, lub 0·20 do 0·40 cm. sz. *oleum ciner. mite*, rozdzielając dawki powyższe na dwa miejsca wkłucia a to w tym celu, aby rozprowadzenie a w następstwie wessanie gęstego płynu ułatwić ile możności. Czwartego dnia po pierwszej injekcyi wstrzykuje połowę dawki pierwszej a następnie w tydzień dawkę równą poprzedniej (0.10 cm. sz. 30% a 0·05 cm. sz. 50%) dopóty, dopóki leczenie tego wymaga.

Ilość oleju szarego, potrzebna do usunięcia objawów świeżej, nieleczonej jeszcze kiły nie przekracza jednak u Langa dawki 1·50 do 2·00 *ol. ciner. mite*, lub 0·70—1·00 *oleum ciner. forte*. (W recydywach wystarcza 0·30 do 0·50 *oleum cinereum mite*).

W przypadkach wyjątkowo ciężkich, jak kiła układu nerwowego, kiła późna jamy nosowo-gardzielowej i t. d. — przerywa Lang po dojściu do dawki powyższej leczenie co najmniej na cztery tygodnie, poczem rozpoczyna wstrzykiwania na nowo, ale w dawkach o połowę mniejszych a zatem najwięcej 0·10, względnie 0·05 w tygodniowych odstępach czasu. Nadto stósuje prof. Lang olej szary w dawce 0·01 do 0·05 miejscowo w okolicę tworów kilakowych lub obrzękłych gruczołów kiłowych, jak twierdzi, z bardzo dobrym skutkiem.

Z powodu ogłoszenia przypadku śmierci z kliniki prof. Kaposiego w następstwie ostrego zatrucia rtęcią po wstrzykiwaniach oleju szarego, dalej kilku przypadków ciężkiego zatrucia ostrego rtęcią także z kliniki prof. Kaposiego [1]), wreszcie przypadku śmierci z kliniki Hallopeau [2]) zdyskredytowano olej szary, lecz, jak prof. Lang wykazuje, całkiem niesłusznie, gdyż na podstawie historyj chorób zdołał on udowodnić, że 1) chora Hallopeau dostała w ciągu pięciu tygodni na 5 zawodów do 4 cm. sz. oleju szarego, 2) w przypadku zaś Kaposiego chora 46 lat licząca, dotknięta chorobą nerek, dostała w ciągu siedmiu tygodni na ośm zawodów 2·40 *ol. cinereum* a zatem dawki, jakich według prof. Langa bezwzględnie używać nie wolno.

Na podstawie sześcioletniego doświadczenia napisał prof. Lang rozprawę [3]), którą po części uważać należy za odprawę na zarzuty czynione olejowi szaremu, w której gorąco poleca używanie oleju szarego. Jego zdaniem metoda ta ma zalety, przewyższające dotychczas znane metody leczenia, gdyż:

1) Usuwa zmiany kiłowe szybko a recydywy są rzadkie i łagodne.

2) Prowadzi często do celu w tych ciężkich, rozpaczliwych przypadkach, gdzie ani wcierania, ani inne przetwory rtęciowe nie odnoszą pożądanego skutku.

3) Nie wywołuje przy zachowaniu odpowiedniej ostrożności względnie żadnych objawów ubocznych.

[1]) Wiener klinische Wochenschrift 1889. Nr. 29—30.
[2]) H. v. Hebra. Internationalle klinische Rundschau. 1889. Nr. 42.
[3]) Lang. Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen von grauem Oele. Wien 1890.

4) Jest metodą bardzo wygodną, wstrzykiwania bowiem robi się rzadko; są one zupełnie niebolesne i nie wywołują żadnego odczynu. (Tworzenie się nacieków lub ropni ma być zawisłem od niezręczności robiącego wstrzykiwania).

Zwolennikami oleju szarego jest obok Langa mała liczba syfilidogów, jak A. Neisser, Doutrelepont (*Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1888 Nr. 38). Balzer i Leichtenstern (*Deutsche Mediz. Wochenschrift* 1889—29 Sierpnia).

Zachęcony publikacyą Langa rozpocząłem przed 4 miesiącami doświadczenia z olejem szarym pod kierunkiem prymaryusza Docenta Dra Zarewicza, któremu za cenne wskazówki i radę składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie. Przetwór i odpowiednie strzykawki sprowadziliśmy z Wiednia; obecnie zaś posługujemy się już przetworem, przygotowanym zupełnie odpowiednio przez miejscowego aptekarza szp. Św. Łazarza, magistra farmacyi P. Jaklińskiego, który co do dobroci i dokładności w niczem przetworowi wiedeńskiemu nie ustępuje.

Jakkolwiek za krótki jest czas, aby pod każdym względem wyrobić sobie o wartości oleju szarego własne przekonanie co do wpływu na dalszy przebieg kiły, pośpieszam jednak tymczasowo podzielić się z Szanownymi Kolegami dotychczasowymi wynikami, jakie w 39 dotąd leczonych przypadkach otrzymałem, zastrzegając sobie uzupełnić brakujące szczegóły na później; obecnie mam jedynie na oku wartość samej metody i szybkość ustępywania zmian kiłowych.

Przypadków kiły leczonej wstrzykiwaniami oleju szarego jest dotąd 38, to jest mężczyzn 13, kobiet 25; z tych kiły świeżej, nieleczonej przedtem rtęcią przypadków 29. (m. 9 i k. 20), kiły świeżej, powracającej się, już leczonej rtęcią przypadków 9 (m. 4, k. 5).

Przypadków wyleczonych 27.

W leczeniu pozostaje dotąd przypadków 11 (8 kobiet i 3 mężczyzn).

Injekcyj wykonano 213.

Kazuistyka przedstawia się w następujący sposób:

I. Kiła świeża, rtęcią nieleczona.

Mężczyźni.

1) W. S. mężczyzna lat 35 liczący, przybył dnia 29. Grudnia 1892 r. Rozpoznano: *Sclerosis initialis ad sulcum coron. glandis. Lymphangioitis dors. penis specif. ingens. Polyadenitis inguin. dextra gravis, sinistra nuchalis levis. Syphilis cutanea maculo-papulosa lenticularis trunci. Papulae syphiliticae ad scrotum. Laryngitis syphil. erythematosa.*

Chory jest nałogowym pijakiem; u chorego tego celem osiągnięcia poprawy zużyto 0·30 cm. sz. słabszego oleju szarego, stósując go w sposób powyżej opisany w okolicę międzyłopatkową. Do zupełnego zaś usunięcia zmian wystarczyło 1·10 cm. sz. tegoż oleju.

W przebiegu leczenia zaszły następujące, godne uwagi okoliczności:

1. W dniu 4. Marca po trzech wstrzykiwaniach wystąpiły świeże wykwity guzków syfilitycznych w obu przegubach łokciowych.

2. Po wstrzykiwaniach robiły się nacieki trudno ustępujące; wystąpiło też lekkie zapalenie dziąseł pod koniec leczenia.

3. W jednym z nacieków utworzył się ropień, który 12-go dnia przecięto, a w ropie i krwi wyciekłej z niego wykryto w pracowni chem. patol. Prof. Stopczańskiego wyraźną ilość rtęci. Wkrótce potem otrzymano ponownie w jednym z nacieków drugi ropień.

4. W moczu po pierwszem wstrzyknieniu (0·20 cm. sz. oleju słabszego), zebranym z 24 godzin po wstrzyknięciu, wykazano słabe oddziaływanie rtęci. Chory opuścił spital 1-go Maja 1893 r. po czteromiesięcznym tamże pobycie wolny od zmian kiłowych.

2) L. S., lat 32, przyjęty 5. Stycznia 1893 r. ze zmianami: *Syphilis cutanea maculosa trunci* (plamy duże, lecz dość skąpe). *Scleroses initiales tres ad praeputium et glandem. Polyadenitis inguinalis ambilateralis.*

Do otrzymania poprawy zmian zużyto 0·30 cm. sz. oleju szarego słabszego. Wstrzykiwania w pośladki robiono miąższowe. Do zupełnego usunięcia zmian spotrzebowano 0·60 cm. sz. oleju słabszego.

Zwrócić uwagę wypada, że wstrzykiwania były niebolesne, nacieki wcale nie powstawały, odczynu rtęciowego w jamie ustnej nie zauważono.

3) J. B., wyrobnik, l. 23, leczony od 5. Marca do 28. Kwietnia 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis praeputii jam cicatrisata, polyadenitis inguinalis mediocris, nuchalis levis, exanthema maculosum trunci.* Zrobiono ośm wstrzykiwań *ol. ciner. mitis* po 0.10; z tych pięć injekcyj w okolicę międzyłopatkową, trzy zaś w pośladki. Ustępowanie plam zauważono po trzech injekcyach (= 0·30) oleju szarego.

W ciągu leczenia zaszły następujące, godne uwagi okoliczności: *a)* Po wstrzykiwaniach w okolicę międzyłopatkową tworzyły się nacieki niebolesne, które mniej więcej po tygodniu ulegały wessaniu; po wstrzykiwaniach w pośladki nie widziano nacieków, ani bolesności. *b)* Po czwartej injekcyi spostrzeżono świeże wykwity guzków w przegubach łokciowych, które już po tygodniu uległy przeobrażeniu wstecznemu.

4) J. C., ślusarz, lat 25, leczony od 3. Marca do 4. Maja 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis praeputii jam cicatrisata, adenitis inguin. et cubitalis levis Erythema papulatum trunci.*

Zrobiono ośm injekcyi *ol. ciner. fortis* po 0·05, z tych cztery w okolicę międzyłopatkową, cztery zaś w pośladki. Plamy ustąpiły po sześciu injekcyach = 0·30 ol. szarego 50%.

Uwagi w ciągu leczenia:

a) W okolicy międzyłopatkowej powstały dwa małe nacieki, nieco bolesne, które po kilku dniach się powiększyły, po dwóch zaś tygodniach uległy wessaniu. Na pośladkach nie ma żadnego odczynu.

b) W cztery tygodnie po opuszczeniu szpitala zgłosił się chory ponownie z powodu *stomatitis mercurialis* dość znacznej, która jednak przy odpowiedniem leczeniu szybko ustąpiła.

5) St. W. szewc, lat 24, leczony od 13. Marca do 4. Maja 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis initialis penis cicatrisata, polyadenitis nuch. et inguin. mediocris, exanthema papulo-maculosum trunci, condylomata lata ad labia oris, tonsillas et circa anum.*

Zrobiono trzy injekcye *ol. ciner. mitis* po 0·10 w okolicę międzyłopatkową.

Plamy ustąpiły po dwóch wstrzykiwaniach.

Uwagi w ciągu leczenia.

a) Po wszystkich injekcyach w przestwór międzyłopatkowy tworzyły się znaczne nacieki bolesne, z wybitną fluktuacyą, które dopiero po 4 tygodniach uległy wessaniu.

b) Po trzeciej injekcyi wystąpiło: zapalenie dziąseł i błony śluzowej policzków, z tej przyczyny zaprzestano dalszych wstrzykiwań.

c) W dwa miesiące po opuszczeniu szpitala zgłosił się chory jedynie z powodu zmian syfil. na błonach śluzowych, które szybko ustąpiły przy leczeniu miejscowem.

6) Al. R., służący przy kolei, l. 27, leczony od 1. Kwietnia do 10. Czerwca 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis nuchalis cubitalis et inguinalis mediocris, balanoposthitis specifica, syphilis cutanea trunci maculo-papulosa, condylomata lata ad tonsillas, ad praeputium et scrotum. Dolores osteocopi capitis.*

Zrobiono dziesięć injekcyj *ol. ciner. fort.* po 0·05 w pośladki. Plamy ustąpiły po 4 wstrzykiwaniach, plamy i guzki po ośmiu. Po 9. injekcyi spostrzeżono świeżo występujące kłykciny sączące na migdałkach, które przy leczeniu miejscowem szybko ustąpiły.

Uwagi. *a)* Po injekcyach nie dostrzeżono odczynu. *b)* Pod koniec leczenia wystąpiła *stomatitis mercurialis.*

7) K. N., lat 29, służący leczony od 19. Maja do 24. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis initialis cicatrisata. Polyadenitis nuch. cubitalis in inguin levis. Syphilis maculosa trunci abundans, condylomata lata ad tonsillas et linguam, papulae syphilticae ad scrotum.*

Zrobiono 7 injekcyi *ol. ciner. fort.* w pośladki. Plamy ustąpiły dopiero po 7 injekcyach. Odczynu żadnego po wstrzykiwaniach nie było.

8) Al. G. lat 27, służący, leczony od 15. Czerwca do 24. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis initialis cicatrisans ad sulcum coronarium glandis; oedema induratum praeputii; polyadenitis nuch. et cubitalis minoris gradus, inguinalis gravis. Exanthema maculosum trunci, condylomata lata ad tonsillas.* Zrobiono 6 injekcyj *oleum ciner. fort.* po 0·05 w pośladki. Wysypka ustąpiła dopiero po 6 wstrzykiwaniach; reakcyi miejscowej żadnej nie było.

9) J. B., lat 21, szewc, przyjęty dnia 14. Sierpnia 1893. Rozpoznanie: *Residua post scler. initialem ad sulcum coronarium glandis. Polyadenitis inguin. mediocris, syphilis trunci maculo-papulosa; condyl. lata ad scrotum et ad anum.* Zrobiono dotąd 6 injekcyj z *oleum ciner. mit.* po *0·10.* Zmiany ustąpiły, pozostawiając po guzkach plamy barwikowe. Odżywienie bardzo dobre. Na migdałkach utrzymują się jeszcze nieznaczne *condylomata lata.* Chory pozostaje dotąd w leczeniu

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O pęcherzycy *(pemphigus).*

Odczyt w sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego dnia 29. Grudnia 1893 r.

przez

Dra Uhmę.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

Badanie treści pęcherzy dawało najrozmaitsze wyniki. Gibier znalazł tam prątki, Jahli koki, Demme diplokoki. Chemicznie płyn ten o c. g. 1·121 a oddziaływaniu rozmaitem, choć najczęściej alkalicznem, zawiera około 93% wody a do 6% białka. Znajdywano w nim często mocznik a nawet wolny amoniak. Wykrywano niekiedy wolny kwas octowy, fosforany lub siarkany, cholesterynę albo leucynę i tyrozynę. Łukasiewicz za cechujące dla pęcherzy w pęcherzycy uważa komórki eozynofilne.

W moczu spotykano częściej zmniejszenie się, niż zwiększenie ilości mocznika. Zwyczajnie znajduje się w nim białko. W pęcherzycy krwotocznej widziano moczenie krwotoczne. W *pemphigus foliaceus* brak białka.

We krwi Bamberger zwłaszcza dopatrywał się ważnego objawu w zmniejszeniu się liczby ciałek czerwonych. Zdaje się jednak, że to wyłącznie na karb rozwijającej się niedokrewności położyć należy.

Wobec tak nieustalonych wyników na polu badań ścisłych nie trudno zrozumieć, że etyologia tej choroby dość jest ciemna. Pęcherzyca jest w ogóle chorobą rzadką. Hebra obliczał, że na 10.000 chorych dorosłych a na 700 dzieci, cierpiących na choroby skórne, wypada jeden przypadek pęcherzycy. Neumann na 29500 chorych naliczył 66 przypadków, licząc recydywy. Kaposi na 30300 sto trzy. Kobiety rzadziej zapadają. Między przypadkami Neumanna było ich 20, pomiędzy przypadkami Kaposiego 24.

Według Steinera u dzieci wydarza się pęcherzyca najczęściej w drugim a potem między 6 i 18 miesiącem życia.

Niema dostatecznych podstaw do przyjmowania tu tła zakaźnego. Tyczyć się to może tylko pęcherzycy ostrej, która zaczyna się zwykle dreszczem, przebiega ostro w 2 lub 3 tygodniach, która też w ogóle za zakaźną bywa uważaną. Zato jednak często odrębnie opisują tę formę autorowie pod nazwą *dermatitis acuta bullosa* albo *febris bullosa*. W pęcherzycy pospolitej nie udawały się szczepienia treścią pęcherzy.

Klimat, pory roku, sposób życia i rodzaj pożywienia wydają się bez wpływu. Więcejby go przypisywać można dziedziczności. Tak n. p. Neumann wspomina o chorym z czasów Hebry, którego matka, siostry, wuj i kilkoro dzieci również zapadały na pęcherzycę. Także inni autorowie pod nazwą *p. hereditarius* albo *dermatolysis bullosa hereditaria* opisywali chorobę dziedziczną, w której najmniejszy uraz wywoływał pęcherze na skórze. Cierpienie to utrzymywało się przez kilka pokoleń a najdokuczliwszem bywało w lecie.

Dawniejsi autorowie upatrywali w pęcherzycy chorobę krwi a powstawanie pęcherzy odnosili do przerzutów. Inni za przyczynę choroby uważali niedostateczne wydzielanie moczu i w treści odnajdywali nawet niekiedy woń moczową.

W ogóle dość często szukano związku choroby z nieprawidłowościami tworzenia się i wydzielania moczu. Lessin uważał chorobę za nerwicę naczyniową (*angioneurosis*), opartą na ścisłym stosunku odruchowym między skórą a cewką.

Już z tej przyczyny, że napotykamy pęcherzycę symptomatyczną w chorobach nerwowych, czy to obwodowych, jak trąd — gdzie jednak sprawa sięgać zwykła głębiej i pozostawiać blizny — czy ośrodkowych, jak *siryngomyelia*, niekiedy w przebiegu zapalenia opon rdzenia pacierzowego (Wolf), dalej, że widzimy powstawanie pęcherzy w histeryi, podczas ciąży, po rozwiązaniu i w chorobach macicy, których leczenie wywiera wtedy widoczny wpływ na przebieg pęcherzycy, że spostrzegano ją po urazie, gdzie w jednym przypadku, po przejechaniu, wystąpił zrazu *herpes zoster* a potem dopiero rozwinęła się ogólna pęcherzyca, wobec tego wszystkiego bardzo chętnie upatrywaćby można jej przyczynę w zboczeniach nerwowych i rzeczywiście przyjmuje się nerwice bądź nerwów odżywczych bądź naczyń za tło znacznej części przypadków.

Niestety niezawsze można to uzasadnić i bodaj, czy z czasem, z rozwojem etyologii chorób skórnych nazwa pęcherzyca nie spadnie z dzisiejszego piedestału, aby cechując objaw choroby nie przesądzała wcale o jej istocie. Może wtedy zamiast przymiotników cechujących jej formę otrzyma inne, cechujące ją przyczyny, podobnie jak dzisiejsza pęcherzyca kiłowa (*pemphigus syphiliticus*). O tem jeszcze chcę wspomnieć, że pęcherzyca częstszą jest u dzieci w kile dziedzicznej, niż jako objaw kiły nabytej.

Ogólnie co do p. u dzieci, to wielu autorów odróżnia stanowczo p. noworodków od pęcherzycy u dzieci starszych. Niektórzy z nich a najwyraźniej Dohrn zaznaczyli to zapatrywanie, odnoszą powstawanie pęcherzycy noworodków do wielkiej wrażliwości skóry dziecięcej, skłonnej do oddziaływania na zadraźnienie zewnętrzne wytwarzaniem pęcherzy. Łatwiej też modzelowatością skóry rąk akuszerki, lub niewłaściwem jej obejściem się z dziecięciem tłómaczyć przytoczony przez Dohrna przypadek, w którym wszystkie prawie dzieci odbierane przez pewną akuszerkę dostawały pęcherzycy, mimo, że ona miesiącami wstrzymywała się od praktyki, celem pozbycia się rzekomego zarazka.

Taką wrażliwością dziecięcego przyskórka, spotęgowaną jeszcze charłactwem, możnaby zapewne tłómaczyć i pęcherzycę kiłową noworodków. Jako znamiona odróżniające ją od p. prostej podają autorowie przedewszystkiem umiejscowienie na dłoniach i podeszwach. Widziałem jednak w oddziale Doc. Dra Zarewicza przypadek, w którym pęcherze u dziecka matki kiłowej wystąpiły także i na tułowiu.

U dorosłych pęcherzyca kiłowa *(p. syphiliticus)* jest bardzo rzadka. Jeden taki przypadek leczyłem tego roku w Czerwcu. Pierwszy pęcherz powstał poniżej prawego kolana. Powoli sprawa zajęła oba podudzia, ramiona, potem przedramiona i uda. Po złuszczeniu pęcherzy powstawały owrzodzenia dość głębokie, wolno się gojące podczas używania kąpieli sublimatowych. Przebieg w tym przypadku był bardzo złośliwy. Wystąpiły później obrzęki zbite przyjądrzy, także kilaki podskórne. Sprawa trwała około 4 miesięcy a wiele blizn po owrzodzeniach zwyrodniało keloidowo.

Z tego, co mówiłem o etyologii choroby, łatwo wysnuć wniosek, że jej leczenie nie może być ustalone. Polecano do użytku wewnętrznego mnóstwo środków i tak: żelazo, arsen, jodek potasu, chininę, strychninę, ergotynę, tran rybi, kwasy siarkowy, azotowy, karbolowy a także wodę karlsbadzką. Z tych wszystkich środków tylko chininie i arsenowi w formie *pemphigus pruriginosus* przyznają autorowie niejakie, choć też często zawodne działanie. Przeważnie używa się tu posypek, więc skrobi, węgla roślinnego, proszku widłakowego (*lycopodium*), gipsu, *resina lithantracis empyr.* 5:100, także zawijania w suchą watę karbolową lub salicylową, jako wysuszających i niedopuszczających rozkładu wydzieliny.

Na strupy stosować można maść cynkową, borową lub dyachilową. W razie mocniejszych objawów zapalnych użyć można okładów z octanu glinowego. W *p. pruriginosus* kąpiele smołowe, a w formach ciężkich kąpiele stałe największą ulgę przynoszą. Trzeba się jednak liczyć z tem, że chorego raz włożonego do kąpieli, bez znacznego pogorszenia stanu podmiotowego wyjąć z niej nie można, a jak w ogóle w chorobach, gdzie wycieńczenie decyduje o końcu, tak i tu trwanie choroby obliczyć się nie da.

W pierwszych chwilach baczną uwagę zwracać należy na odżywienie chorego, w końcowych litość każe nie szczędzić mu narkotyków.

Chora, którą Szanownym Kolegom przedstawiam, l. 62 licząca, gk. wdowa, wyrobnica przybyła do oddziału skórnego tutejszego szpitala dnia 6. Listopada b. r.

Bardzo dokładnie podaje, że dnia 13. Października kąpała się, że po kąpieli wdziała świeżo kupioną, noszoną już przez kogoś, ale czysto upraną koszulę a nazajutrz zachorowała. Pierwsze pęcherze wystąpić miały na przedramieniu prawem, na twarzy i tyłogłowiu, dalej na brzuchu w pasie, a potem zajmowały zwolna resztę ciała. Powstawaniu pęcherzy towarzyszył mocny świąd, choć powstawały na skórze rzekomo prawidłowej. Po zdarciu ich pieczenie i ból trapiły chorą.

W chwili przyjęcia chora sprawiała wrażenie osoby wynędzniałej, zaniedbanej, a pierwsze, że tak powiem, uliczne rozpoznanie brzmiało: *pediculosis*. Usprawiedliwione ono było przedewszystkiem gnidami, gęsto rozsianemi na włosach głowy, powtóre umiejscowieniem zmian najobfitszych na karku i w pa-

sie t. j. tam, gdzie suknie przylegają. Dopiero bliższe zbadanie t. j. odsłonięcie nóg rzecz wyjaśniło, bo tam, zwłaszcza na podudziach, a także na udach po stronach wewnętrznych najwięcej było dobrze wykształconych pęcherzy, od wielkości grochu do wielkości orzecha laskowego dochodzących. Powierzchnie ranne po zdarciu pęcherzy powstałe, tu i ówdzie rozrzucone, zajmować mogły, na oko licząc, mniej więcej piątą część całej powierzchni skóry.

Badanie reszty narządów nie wykazało nic osobliwego. Tylko co do serca wykazał prymaryusz Dr. Widmann: powiększenie jego wymiarów, wzmocnienie szmerów przysłuchowych nad tętnicą główną i mocniejsze jeszcze nad płucną. Dalej nieczystość ich nad koniuszkiem serca, arytmię i wreszcie niestósunek tętna sprychowego, które mimo przerostu serca jest bardzo słabe. Wywiady wykazały, że chora przed kilkunastu laty cierpiała długo na gościec.

Podczas całego pobytu chorej w szpitalu ciepłota dokładnie badana wykazywała wahania od 36·5—37·4°C. Mocz z początku bardzo mętny, badany przez kolegę Wiczkowskiego wykazał: Oddziaływanie kwaśne. C. 9. 1·030. Urochrom, odmiennie jak w moczu chorych opisywanych przez kolegę Obtułowicza, gdzie badania przeprowadził Prof. Stopczański i znalazł ilość barwików moczowych znacznie powiększoną, tu w ilości znacznie mniejszej niż zwyczajnie. Mocznik i kwas moczowy tu w ilości zwiększonej. Potasowców i siarkanów tak, jak i w przypadkach K. Obtułowicza znacznie więcej. Białka ślad ledwo spostrzegalny. W osadzie przybłonek brukowy i leukocyty.

Po kilku dniach pobytu chorej w szpitalu, w których prócz kąpieli i posypki ze skrobi, innego leczenia nie stósowano, dostrzegliśmy obrzęki w okolicach kostek raz większe, kiedyindziej mniejsze, ale stale się utrzymujące, a chora skarżyła się na mocne bóle reumatyczne w tejże okolicy. Zadaliśmy wtedy salicylan sodowy w dawce 3.00 na dzień a uzyskaliśmy to, że obrzęk ustąpił, bóle zmniejszyły się, mocz się oczyścił i czy *post hoc* czy *propter hoc* pęcherze przestały się tworzyć. Mimo to nie można powiedzieć, by choroba się skończyła. W prawdzie w przeważnej liczbie miejsc, gdzie dawniej były pęcherze lub ekskoryacye po nich, są dziś tylko plamy barwikowe ciemniejsze lub bledsze, sinawo-brunatne. Wprawdzie powierzchnie ranne przedewszystkiem na podudziach w miejscach barwikowemi plamami otoczonych, zebrane razem nie zajęłyby powierzchni dwu dłoni. Niemniej w tem stadyum utrzymują się już długo i nie goją się. Przysychają tylko, aby po kilku dniach, jużto na jednej, już też na drugiej nodze znowu zacząć się sączyć. Zazwyczaj towarzyszy temu obrzęk w kostkach i chora opowiada nam, że tej nocy „naprzeciwko innych czasów (w których lepiej było) znowu ją bardzo łamało w nogach“.

Wspomnę także, że białko w moczu nietylko utrzymuje się stale, ale, że go nawet obecnie — w moczu zupełnie przejrzystym — znacznie jest więcej.

Kończąc, pragnę jeszcze publicznie podziękować swemu prymaryuszowi, koledze Świątkiewiczowi za uprzejmość, z jaką mi życzliwie pozwala korzystać ze swego materyału oddziałowego.

III. O fizyologii odruchów.

Wykład habilitacyjny

Dra ADOLFA BECKA.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Badania przechodzenia stanu czynnego przez sam nerw, jakkolwiek nie są zbyt ścisłe, doprowadziły do wniosku, że warunki pobudliwości i przewodzenia są dla tych nerwów prawie takie same, jak dla nerwów odśrodkowych, które dokładniej są zbadane. A zatem chyżość przewodzenia stanu czynnego wynosi w nerwach tych koło 30 m. (na sekundę); chyżość ta oraz pobudliwość zwiększa się w pewnych granicach pod wpływem podwyższenia ciepłoty, zmniejsza się pod wpływem jej obniżenia, oraz ulega zmianie pod działaniem niektórych środków chemicznych.

Ze względu na pierwszą część łuku odruchowego nadmienić jeszcze Panom muszę okoliczność, powszechnie znaną a po raz pierwszy opisaną przez Marshalla Halla w r. 1837, że ta sama podnieta, działając na zakończenia nerwowe, wywołuje odruch o wiele silniejszy, niż zastósowana na sam pień nerwowy. Albo więc zakończenia nerwów odśrodkowych posiadają odpowiedniejsze urządzenia do przekształcania ruchu fizycznego, pochodzącego od podniety, w ruch nerwowy, aniżeli same włókna nerwowe, albo też zadrażnienie całego pnia nerwowego wywołuje stany czynne najróżnorodniejszych komórek nerwowych, które nawzajem mogą się hamować tak, że odruch, którąby powstał przez podrażnienie jednych włókien nerwu, nie pojawia się z przyczyny równoczesnego zadrażnienia innych włókien tego samego nerwu.

Na uwagę jeszcze zasługuje spostrzeżenie Halsténa, że w przebiegu samego pnia nerwu odśrodkowego ta sama podnieta, działając bliżej rdzenia, wywołuje odruch silniejszy, niż działając bliżej obwodu. Spostrzeżenie to przemawia przeciw teoryi Pflügera o narastaniu stanu czynnego w nerwie w postaci lawiny.

O połączeniu nerwów obwodowych z rdzeniem pacierzowym utrzymuje się dotąd prawie w zupełności twierdzenie, wypowiedziane po raz pierwszy na podstawie doświadczeń przez Bella, że nerwy dośrodkowe przebiegają wyłącznie przez korzenie tylne rdzenia, nerwy zaś odśrodkowe przez korzenie przednie. Jednakże w najnowszych czasach toruje sobie drogę i zyskuje zwolenników zapatrywanie, że prawidło to nie jest bez wyjątków. Przedewszystkiem Lenhossek i Ramon y Cajal zwrócili uwagę, że u zarodków kury w korzonkach tylnych rdzenia przebiegają włókna, które biorą początek od wielkich komórek ruchowych, znajdujących się w przednich rogach substancyi szarej. Nadto Stricker a po nim Bonuzzi, Morat oraz Biedl i Hasterlik wykazali, że w tylnych korzonkach rdzenia u psa przebiegają włókna nerwowe rozszerzające naczynia w łapie, następnie Steinach (w roku 1893) wykrył u żab w tylnych korzonkach nerwy motoryczne dla muskulatury przewodu pokarmowego.

Jakkolwiek badania te nie znalazły jeszcze uznania u większości fizyologów ze względu na zarzuty mogące je trafiać, że podczas elektrycznego drażnienia korzonków tylnych nie zdołano się uchronić od rozgałęziania się prądu i na przednie korzenie, to jednakże wobec tego, że niektóre

z tych doświadczeń wykonywano z wynikiem dodatnim i przy pomocy podniet mechanicznych i wobec wymienionych badań embryologicznych, nie można wykluczyć możebności, że niektóre nerwy odśrodkowe — przynajmniej zaopatrujące mięśnie gładkie układu naczyniowego i przewodu pokarmowego — wychodzą z rdzenia przez tylne korzenie.

Trzecią część łuku odruchowego, z którą się najprędzej uporamy, stanowią nerw odśrodkowy i odpowiedni mięsień a względnie gruczoł. Zjawiska zachodzące w nerwie i narządzie obwodowym nie różnią się od zjawisk towarzyszących bezpośredniemu zadrażnieniu nerwu; są one dokładnie zbadane, stanowią osobny dział fizyologii i nie mogą zajmować dalej naszej uwagi.

Co do samego ruchu odruchowego, to powstaje on zazwyczaj nie w jednym mięśniu, lecz w pewnej grupie mięśni tak, że otrzymujemy ruch skojarzony a więc n. p. zgięcie kończyny, wyprostowanie, odwiedzenie lub zgięcie z przywiedzeniem i t. d. Badając zaś za pomocą myografu skurcz odruchowy jednego mięśnia przekonywamy się, że skurcz taki jest tężcem, którego liczba drgań osobnych bez względu na rodzaj zadrażnienia, względnie do liczby uderzeń prądu elektrycznego działającego na nerw dośrodkowy, pozostaje zawsze stała i wynosi 19·5 na sekundę.

Przechodzimy teraz do drugiej a zarazem najważniejszej części łuku odruchowego, to jest do samych ośrodków odruchowych. W roku 1854. zauważył H e l m h o l t z, że czas, który upływa od chwili zadziałania podniety na nerw dośrodkowy aż do chwili powstania ruchu, jest dwanaście razy większy od czasu potrzebnego do przejścia stanu czynnego przez nerwy czuciowe i ruchowe.

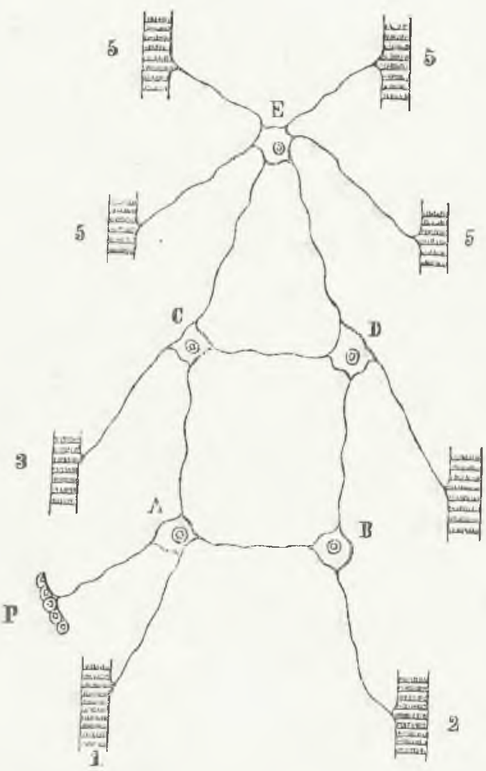
Czas ten bardzo łatwo oznaczyć; potrzeba tylko n. p. za pomocą dokładnego sygnału elektrycznego na szybko obracającym się walcu, lub za pomocą chronoskopu zanotować chwilę zadrażnienia nerwu dośrodkowego oraz chwilę zjawienia się ruchu a znając długość nerwów, chyżość przewodzenia stanu czynnego w nerwach i okres utajonego podrażnienia mięśnia, nie trudno obliczyć czas potrzebny do przejścia stanu czynnego przez ośrodki odruchowe. Czas ten nazwał H e l m h o l t z czasem odruchu *(Reflexzeit)*.

Według W u n d t a czas dla odruchu najprostszego jest dość stałym i wynosi koło 0·008—0·015″. R o s e n t h a l zaś podaje, że czas odruchu zmniejsza sie z wzrostem siły podniety.

Opóźnienie, którego doznaje stan czynny w środkowym układzie nerwowym, przypisujemy powszechnie własnościom samych ośrodków nerwowych, które przekształcają ruch nerwowy dośrodkowy w odśrodkowy. Przyzwyczailiśmy się rozróżniać w rdzeniu dwojakiego rodzaju ośrodki odruchowe: czuciowe i ruchowe. Obecnie jednak liczyć się musimy z nowemi a nader ważnemi odkryciami w budowie anatomicznej układu nerwowego ośrodkowego K ö l l i k e r a, R a m o n y C a j a l a, van G e h u c h t e n a i L e n h o s s e k a. Autorowie ci wykazali mianowicie, że nerwy dośrodkowe (czuciowe) nie przechodzą w rdzeniu bezpośrednio do komórek nerwowych, lecz rozszczepiają się na cały szereg włókien i gałązek obocznych, które przenikają aż do przedniego rogu istoty szarej i otaczają znajdujące się tu komórki ruchowe. Stan czynny nie może się przeto z tych włókien przenosić bezpośrednio na komórkę czuciową a ztąd na ruchową lub wprost na komórkę ruchową, lecz jedynie przez zetknięcie, *per contiguitatem*, przechodzi na komórkę ruchową jako działanie z odległości. Dopiero z komórki ruchowej, z której wprost wychodzi włókno nerwowe do przedniego korzenia rdzenia, popęd do ruchu przenosi się wprost po nerwie odśrodkowym. Czy w tym sposobie pośredniego przechodzenia stanu czynnego z nerwów czuciowych na komórkę ruchową nie tkwi przyczyna tego utrudnienia przewodnictwa w środkowej części łuku odruchowego, które bądź co bądź może być następstwem zwiększenia się oporu, oto pytanie, które rozstrzygnąć byłoby zadaniem dalszych badań.

Działając na powierzchnię czuciową jakąś słabą podnietą, lecz jeszcze na tyle mocną, ażeby w ogóle mogła wywołać odruch, przekonywamy się, że ruch najczęściej powstaje w tej części ciała, na którą działa podnieta. W miarę zaś, jak wzmacniamy siłę zadrażnienia, zjawia się coraz większa ilość ruchów odruchowych; najpierw biorą udział w ruchach mięśnie symetryczne przeciwległej połowy ciała, następnie mięśnie wyższych części po tej samej stronie, potem znów po przeciwnej, w końcu dopiero zjawiają się ruchy w niższych częściach po tej samej stronie ciała i po przeciwległej. Spostrzeżenie to opisał po raz pierwszy P f l ü g e r w roku 1853. i ujął je w formę prawidła, które z tego powodu nosi nazwę p r a w a P f l ü g e r a. Pflüger też ułożył wzór (schemat), za pomocą którego wytłómaczyć można zjawisko przenoszenia się ruchu nerwowego z jednego ośrodka na inne. Wzór ten przedstawiam Panom na tej oto tablicy (fig. 2):

Fig. 2.



jeżeli u żaby pozbawionej półkul mózgowych zadrażnimy skórę na łapce P, stan czynny od zakończeń nerwowych przenosi się po nerwie dośrodkowym do ośrodka odruchowego A, zkąd udaje się w miejsce najmniejszego oporu, to jest przez nerw odśrodkowy do mięśni tej samej łapki 1; jeżeli podnieta działająca na P była silniejszą tak, że stan czynny przez nią wywołany jest w stanie przezwyciężyć większy od poprzedniego opór, który przedstawia połączenie pomiędzy ośrodkami A a symetrycznymi ośrodkami drugiej

połowy ciała B, wtedy stan czynny przenosi się na ten ośrodek i w rezultacie otrzymujemy ruchy mięśni drugiej łapki tylnej 2. Jeżeli siła podniety jeszcze bardziej wzrośnie, obejmuje stan czynny także ośrodki C, następnie D i powstają ruchy w łapach przednich 3 i 4. W końcu przy dalszym wzroście zadraźnienia dochodzi ruch nerwowy do najwyższych ośrodków odruchowych, umieszczonych w rdzeniu przedłużonym, które będąc połączone z wszystkimi ośrodkami rdzenia, sprawiają ruchy ogólne wszystkich mięśni ciała — nieraz ogólny tężec. Chcąc pogodzić wzór ten z wynikami nowszych badań histologicznych Köllikera i innych, o których Panom przedtem wspomniałem, trzeba go tylko w ten sposób zmodyfikować, że stan czynny nie przenosi się wprost za pomocą połączeń pomiędzy komórkami odruchowemi, lecz przechodzi drogą rozgałęzień nerwowych *per contiguitatem* na sąsiednie i coraz dalsze komórki nerwowe.

Że zjawiska zachodzące w prawie Pflügera rzeczywiście zależą od wielkości oporu, który przedstawiają drogi pomiędzy ośrodkami nerwowymi, dowodzą poniekąd wyniki doświadczeń, urządzonych przez Wundta dla zbadania czasu odruchu, dla odruchów jednostronnych i symetrycznych. Mianowicie udało się Wundtowi wykazać, że czas przechodzenia odruchu z jednej strony ciała na drugą jest o 0·004″ większy od czasu potrzebnego na przechodzenie stanu czynnego w odruchach jednostronnych. Czas ten jest potrzebny do pokonania oporu, jaki przedstawia przechodzenie stanu czynnego z jednej komórki rdzenia na symetryczną.

Jeżeli porównamy ilość energii, którą reprezentuje siła podniety działającej na ustrój, z tą ilością, która zawiera się w tych wszystkich ruchach, które zwierzę wykonywa podczas odruchu, przekonamy się, że niestósunek jest zawsze bardzo znaczny. Gdybyście Panowie obliczyli tę nieskończenie małą pracę mechaniczną palców moich, kiedy się dotykam jednego paluszka żaby, i pracę mechaniczną, którą wykonywa zwierzę kurcząc wszystkie mięśnie tej łapki a nawet, jak Panowie widzicie i drugiej łapki, okaże się, że ta ostatnia w porównaniu z pierwszą jest ogromną. Praca ta mogłaby być jeszcze większą, gdybyśmy zawiesili na kończynie ciężar, któryby żaba bezwątpienia podnosiła.

Zkądże wzięła się ta znaczna ilość energii, skoro nie było jej w podniecie, skoro podnieta zadziałała na tak małą powierzchnię czuciową, zaopatrywaną może zaledwie przez kilka włókien nerwowych? Odpowiedź na to pytanie sama się nasuwa. Przypuścić musimy, że energia ta nagromadzoną jest w ośrodkach nerwowych i potrzeba tylko bodźca, któryby sprawił jej wyładowanie się. A więc nie energia zawarta w podniecie przenosi się po nerwach i ośrodkach i przechodzi do mięśni, lecz ośrodki nerwowe, dzięki sprawom odżywczym ustroju, wyposażone są znacznym zapasem energii potencyalnej i potrzeba tylko pewnego, choćby słabego bodźca, aby ją zamienić w kinetyczną. Jak ciężar umieszczony na jakiejś wysokości reprezentuje pewien zapas energii potencyalnej i wystarcza tylko słaby bodziec (usunięcie punktu oparcia), aby ciężar spadł na ziemię i wykonał pracę mechaniczną, podobnie ma się rzecz z czynnością ośrodków odruchowych. Różnica jest tylko ta, że kamień spadłszy oddał cały zapas energii, jaki mu nadano przez podniesienie go do pierwotnej wysokości, ośrodki zaś nigdy nie pozbywają się całej energii, którą posiadają, tracą część energii zostającą w stósunku do podniety a i tę część, którą tracą podczas wyładowania się czynności, odzyskują rychło dzięki funkcyom życiowym ustroju.

Stósunek ilości energii wytwarzanej przez ruchy odruchowe do ilości energii, którą przedstawia podnieta, zmienia się wraz ze zmianami zachodzącemi w pobudliwości ośrodków odruchowych.

Prawidłowa pobudliwość odruchowa rdzenia pacierzowego może, pod wpływem rozmaitych czynników, większej lub mniejszej ulegać zmianie. Do takich czynników zaliczamy przedewszystkiem: zmiany temperatury, częste powtarzanie się bodźców do odruchu, niektóre wpływy toksyczne i w końcu wpływ ośrodków znajdujących się w wyższych częściach układu nerwowego środkowego.

Obniżenie ciepłoty powierzchni ciała u żab pociąga za sobą podwyższenie pobudliwości odruchowej, które jednak w miarę dłuższego działania zimna zwolna znowu znika i może ustąpić miejsca zupełnej utracie pobudliwości; nadto obniżenie ciepłoty sprawia opóźnienie w występowaniu odruchów. Czas odruchów może według Wundta pod wpływem zimna dojść do 0·060 sekund a więc być 5 do 6 razy większym od prawidłowego. Podwyższenie ciepłoty działa oczywiście wręcz odwrotnie. Tarchanow tłómaczy wzmożenie się odruchów pod wpływem obniżenia temperatury działaniem naczynioruchowem. Według niego naczynia obwodowe w skórze pod wpływem zimna zwężają się, w skutek czego większa ilość krwi przepływa przez układ nerwowy ośrodkowy, którego odżywienie staje się przez to lepszem, co z natury rzeczy podnosi jego pobudliwość. Zważywszy jednak, że te same zmiany w pobudliwości odruchowej znajdujemy także po dekapitacyi i po zupełnem ustaniu krążenia a zatem, gdy o wpływach naczynioruchowych mowy być nie może, nie możemy tłómaczenia tego uważać za uzasadnione. Prędzej wpływowi zimna przypisać musimy znaczenie podniety działającej na zakończenia nerwów czuciowych skóry, podniety, która acz sama nie wywołuje stanu czynnego ośrodków, może jednak powiększać ich pobudliwość, jak tego mamy liczne przykłady w fizyologii układu nerwowego. Wpływom temperatury przypisuje także Wundt zmiany pobudliwości odruchowej u zwierząt zimnokrwistych zależne od pory roku.

Zmiany pobudliwości pod wpływem drugiego czynnika, to jest kilkakrotnego zadraźnienia, odbijają się niemal zawsze w doświadczeniach nad odruchami. Każde zadraźnienie nerwu dośrodkowego pociąga za sobą zmiany w pobudliwości odruchowej, które okazują pewien dość stały przebieg. Z początku pobudliwość wzrasta, następnie stopniowo zmniejsza się a pod wpływem dalszego draźnienia wystąpić może zupełne znużenie ośrodków odruchowych tak, że przez jakiś czas żadną podnietą nie jesteśmy w stanie wywołać odruchu. Początkowe podwyższenie pobudliwości odruchowej pod wpływem kilkakrotnego zadraźnienia jest wyrazem własności cechującej czynności całego układu nerwowego środkowego, którą nazywamy zdolnością kształcenia się czyli wprawą. W miarę częstego powtarzania się tej samej podniety i wywołanego przez nią stanu czynnego ośrodki nerwowe nabierają zdolności coraz łatwiejszego wpadania w ten sam stan czynny; znużenie zaś ośrodków odruchowych w skutek większych wysiłków jest dalszym dowodem tego, o czem wyżej Panom wspomniałem, że podczas stanu czynnego nie pod-

nieta przenosi się bez zmiany po całym łuku odruchowym, bo w takim razie czynność wywiązywałaby się dopóty, dopóki by tylko podnieta działała, lecz że zużywa się energia zapasowa samych ośrodków. Skoro już zużyje się znaczny zapas energii, dalsze drażnienie nie jest w stanie wywołać odruchu i musimy przeczekać, aż ośrodki nerwowe z otaczającej je cieczy odżywczej nabiorą nowego materyału.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Etyologia wiądu rdzenia pacierzowego w świetle prac najnowszych.

Z licznego szeregu różnych chorób rdzenia pacierzowego wiąd rdzenia, *tabes dorsalis*, należy niewątpliwie do tych chorobowych zboczeń, z któremi każdy lekarz praktyczny najczęściej się spotyka. Sądzę więc, że zainteresuję ogół czytelników *Przeglądu Lekarskiego*, podając tutaj treściwe zestawienie prac obcych, jakiemi nas ostatnie trzechlecie obdarzyło w tym ważnym przedmiocie. Ponieważ zaś sprawa etyologii wiądu rdzenia pacierzowego, podobnie jak i wielu innych chorób ośrodków nerwowych, odgrywa obecnie w neuropatologii ważną rolę, ponieważ zresztą na podstawie etyologii buduje się zazwyczaj w tych przypadkach cały gmach racyonalnego leczenia tej coraz częściej napotykanej choroby, ograniczę się tutaj najpierw też do prac, które zajmują się przyczyną wiądu rdzenia pacierzowego.

Naturalną jest rzeczą, że góruje tutaj nad innemi kwestya związku przyczynowego między kiłą a wiądem. Podczas, gdy jedni klinicy za jedyną przyczynę wiądu poczytują kiłę (*Moebius*, *Fournier* i in.), a drudzy znów zaprzeczają nawet zupełnie związku między temi dwoma cierpieniami (*Leyden*, *Lancereaux*), większość idzie złotą drogą pośrednią i przyznaje kile mniej lub więcej wybitną rolę w etyologii wiądu rdzenia pacierzowego.

M o e b i u s (*Ueber Tabes bei Weibern — Centralblatt f. Nervenheilkunde.* Wrzesień 1893), jeden z najzagorzalszych zwolenników twierdzenia, że wiąd rdzenia rozwija się tylko na tle kiły, podaje dalszy szereg spostrzeżeń u 21 chorych kobiet. U przeważnej części udało się autorowi wykazać przebycie kiły, w innych była ona bardzo prawdopodobną. Autor nie znalazł dotąd ani jednego przypadku, w którym na pewno możnaby wykluczyć przebycie kiły. D r u m m o n d (*Lancet II. 6.* Sierpień 5. 1893) również stanowczo jest zdania, że wiąd pacierzowy i porażenie postępowe są wyłącznie następstwem przebycia kiły i twierdzi, że w znanych mu osobiście i z literatury przypadkach zaledwo w 10% nie można było wykazać przebycia dawniej kiły. Jeżeli zatem w 9 na 10 przypadkach etyologia choroby jest taż sama, to przecież na podstawie jednego przypadku ujemnego twierdzić nie można, że nie kiła jest przyczyną wzmiankowanych cierpień.

E r b (*Zur Aetiologie der Tabes. Berl. klin. Wochenschrift XXVIII.* 29. 30. 1891) podaje dalsze wyniki swych badań, które tym razem opiera na pokaźnej liczbie 370 chorych na wiąd rdzeniopacierzowy. Z tej liczby należało 300 chorych do t. z. klas społeczeństwa wyższych, z nich 89% przebywało niewątpliwie kiłę, (a mianowicie w 63% udowodniono objawy przebycia wtórorzędnej kiły, u 25·7% tylko wrzód pierwotny, bez dostrzeżenia potem zmian drugorzędnych), w 11% zaś nie można było udowodnić przebycia kiły. Z 33 chorych, którzy twierdzili, że nie mieli kiły, 19 chorych było mimo to podejrzanych na podstawie blizn na członku, poronień częstych u kobiet, powtarzających się dawniej wysypek na skórze, pękania warg i języka i t. p.

Z 50 chorych z t. z. klas niższych 12 podało, że nie miało kiły, 26 przebywało na pewno kiłę, 12 zaś miało mieć tylko szankier.

Pierwsze objawy chorobowe występowały najczęściej w 6—15 lat po zarażeniu się kiłą.

Dla porównania zrobił Erb próbę przeciwną z 5500 mężczyznami, należącymi do klas wyższych, którzy nie mieli wiądu rdzenia pacierzowego, lecz inne choroby nerwowe (niewyłączając porażenia postępowego). Z tej liczby 77·5% nie miało kiły, u 12·1% wykazano ją na pewne, 10·4% miało mieć tylko sam szankier bez zmian następowych, wtórorzędnych.

Z 19 kobiet, chorych na wiąd rdzenia pacierzowego, leczonych przez autora, 9 na pewno, 8 prawdopodobnie przebywało kiłę, od 2 tylko nie można się było nic stanowczego dowiedzieć w tym względzie.

Jako inne przyczyny uboczne oprócz kiły wykazał Erb u 281 chorych:

kiłę + zaziębienie	32	przypadk. t. j. koło	11%
„ + utrudzenie mięśniowe .	17	„ „ „	6 „
„ + nadużycia płciowe . . .	27	„ „ „	9·6 „
„ + uraz	5	„ „ „	1·7 „
„ + dziedziczne obciążenie . .	31	„ „ „	12 „
„ + przeziębienie + utrudzenia	39	„ „ „	13·5 „
„ + „ + nadużyc. płciow.	5	„ „ „	1·7 „
„ + inne różne szkodl. wpływy	11	„ „ „	4 „
„ + przeziębienie + uraz . .	3	„ „ „	1 „
„ wyłącznie	77	„ „ „	27 „
Razem . .	249		
Dziedziczność wyłącznie . . .	2	przypadk. t. j. około	0·7 „
Przeziębienie „	4	„ „ „	1·4 „
Utrudzenie „	1	„ „ „	0·3 „
Uraz „	1	„ „ „	0·3 „
Nadużycie płciowe	3	„ „ „	1·0 „
Przeziębienie + trudy	2	„ „ „	0·7 „
Inne przyczyny bez kiły . .	4	„ „ „	1·4 „
Przyczyny nieznane	15	„ „ „	5·4 „
Razem . .	32		

Co do zatrudnienia, to z 550 chorych na wiąd rdzenia pacierzowego było 234 kupców i fabrykantów, 50 oficerów, 34 prawników, 26 lekarzy, 24 profesorów, 1 duchowny.

Całą pracę swoją streszcza Erb w twierdzeniu, że *die Syphlis weitaus die häufigste und wichtigste Ursache der Tabes ist, dass neben ihr die übrigen Schaedlichkeiten zwar eine untergeordnete Rolle spielen und, dass dieselben nur mit ihr in nicht wenigen Faellen ihre nicht zu bezweifelnde krankmachende Wirkung entfalten.*

W drugiej swej pracy ogłoszonej w *Volkmanns Sammlung der klinischen Vortraege N. 53. 1892.* p. t. *Die Aetiologie der Tabes*, ponownie znów rozbiera Erb swe spostrzeżenia oparte na 600 chorych na wiąd rdzeniopacierzowy. Z tej znacznej liczby chorych 89% przebyło kiłę. Z 32 kobiet leczonych na wiąd rdzeniopacierzowy 14 na pewno, 12 bardzo prawdopodobnie miało kiłę a tylko u 6 nie można było jej wykazać,

Podobnie, jak w poprzedniej pracy, badał Erb 6 tysięcy osób dotkniętych innemi chorobami nerwowemi i znalazł tylko u 22,5% przebycie kiły. Objawy wiądu wystąpiły w 75% do lat 15 po zakażeniu się kiłą, w 88% aż do lat 20.

Prócz dat statystycznych i wysnutych z nich wniosków, ta praca Erba zawiera także obszerniejsze zapatrywania się autora nad sposobem, w jaki kiła wywołuje wiąd rdzenia. Zdaniem autora jest tutaj związek przyczynowy pośredni, taki n. p. jak pomiędzy błonicą a następowemi zwyrodnieniami w narządach nerwowych. Erb zdaje się, że przychyla się do twierdzenia Fingera, że toksyny syfilityczne (dotąd niestety nieznane) wywołują w rdzeniu zmiany, które przygotowują teren dla bezpośrednich innych przyczyn. W każdym razie Erb nie może zaprzeczyć, że są przecież przypadki, w których wiąd rdzeniopacierzowy powstał bez zakażenia syfilitycznego.

P. M a r i e (*Leçons sur les maladies de la moelle. Paris 1892.*) również podziela zdanie Erba. Powiada on, że

jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że wiąd rdzeniopacierzowy może powstać i skutkiem innych wpływów szkodliwych, to jednak to dzieje się wyjątkowo, zwykle zaś: *le tabes est toujours d'origine syphilitique.* W innem miejscu autor nazywa siebie *partisan absolu de la nature syphilitique du tabes.*

Gerlach (*Ueber die Beziehungen d. constit. Syphilis zur Tabes dorsualis u. progress. Paralyse. Inaug. Dissert. Halle* 1891.) użył za podstawę swej pracy 156 przypadków wiądu rdzeniopacierzowego i porażenia postępowego, spostrzeganych w ciągu lat pięciu w klinice chorób nerwowych i umysłowych w Hali. Z 32 mężczyzn chorych na wiąd rdzeniopacierzowy u 18 wykazano niewątpliwie kiłę, bardzo prawdopodobnie u 7, dwóch chorych miało mieć tylko wiewiór (tryper), u 5 nie można było nic wykazać. U 103 mężczyzn chorych na porażenie postępowe znaleziono niewątpliwie kiłę w 52 przypadkach, w 18 była bardzo prawdopodobna, 2 miało mieć tylko wiewiór, w 31 przypadkach nic nie dało się wykazać. Z 4 chorych, którzy cierpieli równocześnie na wiąd i porażenie postępowe, u jednego na pewno, u 2 najprawdopodobniej wykazano kiłę. Z 2 kobiet podobnież chorych, jedna na pewno przebyła kiłę. Autor się zastrzega przytem, że w rozpoznaniu przebycia kiły postępował nader ostrożnie i raczej chętniej ją wykluczał, niż przyjmował. Czas między zarażeniem się kiłą a objawami choroby rdzenia wynosił od 6 do 16 lat. Autor kończy swą pracę twierdzeniem: *In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Tabes dorsualis und progressiver Paralyse ist die Syphilis als wichtigstes aetiologisches Moment anzusprechen.*

F. Raymond (*Etiologie du tabes dorsel. Progrés méd. XX.* 24. 1892.) równie jak poprzedni autorowie główne znaczenie przyczynowe wiądu przypisuje kile. Do wyjątków tylko należy, aby wiąd powstawał u ludzi nie zakażonych poprzednio syfilitycznie. Autor spostrzegał dużo stósunkowo przypadków wiądu rdzenia u kobiet. Z lepszych stanów, i, z wyjątkiem dwóch przypadków, u wszystkich wykrył poprzednie zakażenie kiłą przez małżonka.

Minor (*Ein statist. Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage. Neurol. Centr. Bl. XI.* 13. 1892.) podaje ciekawe daty statystyczne częstości kiły i wiądu u Rosyan a Żydów. Na 449 Żydów mężczyzn 25 miało na pewno kiłę, 9 zaś prawdopodobnie (5,5%—7%); na 443 żydówek $1\frac{1}{2}$% przebywało kiłę. U Rosyan na 496 mężczyzn, 118 miało na pewno kiłę 36 najprawdopodobniej (24%—31%); na 264 kobiet kiłę przebyło (9—11, 4%). Z Rosyan $4\frac{1}{2}$—6% miało objawu wiądu rdzeniopacierzowego (t. j. u 22 na pewno, u 7 prawdopodobnie), z Rosyanek wykryto te objawy u 4. — U Żydów mężczyzn tylko 4 miało na pewno, 4 prawdopodobnie wiąd, z żydówek tylko jedna była tą chorobą nawiedzona. Według Minora zatem tak kiła, jak i wiąd rdzeniopacierzowy 5 razy częściej nagabuje Rosyan, niż Żydów.

Gowers (*Syphilis und Nervensystem. Deutsch von Dr. E. Lehfeld. Berlin.* 1893.) na 170 chorych na wiąd rdzenio-pacierzowy wykrył w 55% niewątpliwe zakażenie kiłowe, w 14% zaś bardzo podejrzane. Z liczby tej 92 chorych pochodziło z prywatnej praktyki autora. W tej liczbie u 57% wykazano kiłę. Na 78 chorych szpitalnych w 52% znaleziono kiłę, dawniej przebytą. Na podstawie tych badań Gowers twierdzi, że *die Beziehung der Syphilis zur Tabes über jeden begründeten Zweifel erhaben ist.*

W dalszej części swej pracy Gowers podaje, że szczególniej przypadki wiądu rdzenia pacierzowego u dzieci kiłą nawiedzonych sa najlepszym dowodem związku między temi dwiema chorobami. I tak autor leczył 17 letniego chłopca na wiąd, który poprzednio chorował na kiłę dziedziczną, dalej 15 letnią dziewczynkę, u której, obok objawów wiądu rdzenia, dawały się jeszcze dostrzegać charakterystyczne zmiany Hutchinsona w uzębieniu, tudzież wybitne zwyrodnienie swoiste w rogówce i naczyniówce.

B. Tarnowsky (*Die Syphilis des Gehirns und ihre Beziehung zu anderen Erkrankungen des Nervensystems. Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis* p. 385. 1891); podziela zapatrywania Charcota (*Leçons du mardi* 1887—1888. *Première leçon*), że kiła dla wiądu rdzeniopacierzowego gra głównie rolę *agent provocateur.* Jakkolwiek wątpliwości nie ulega, że większa część chorych na wiąd rdzenia przebywała kiłę, i gdyby nie to zakażenie, to alboby wcale wiądu nie dostała, lub też ta choroba rozwinęłaby się o wiele później, to przecież kiły za bezpośrednią przyczynę uważać nie można, gdyż wiąd rdzenio-pacierzowy jest jednem z ogniw *de la famille névropathique*, i dla tego też zawsze główną bezpośrednią przyczyną jest dziedziczność. Tarnowsky też, podobnie jak Charcot, podnosi z naciskiem tak często nieskuteczne leczenie wiądu rdzenia pacierzowego środkami przeciwkiłowymi i ostrzega też przed szablonowem leczeniem w tym względzie.

Friedrichsen (*Ueber Tabes dorsalis beim weiblichen Geschlecht. Diss. inaug. Berlin* 1893.) podaje statystyczne zestawienie kobiet chorych na wiąd rdzenia, leczonych w klinice Gerhardta i porównywa wyniki swoje ze statystycznemi danemi innych autorów (Moebius, Minor, Hlubek, Korsakoff, Gerlach, Erb, Noorden i t. d.). Według autora wiąd rdzenia napotyka się u kobiet 7 razy rzadziej, niż u mężczyzn. Wiek chorych kobiet wynosił średnio 39 lat. Na 33 chorych autora 13 przebywało niewątpliwie kiłę, u 3 była ona prawdopodobną. Procent zatem zarażonych 54,4%. Średnio od zarażenia do powstania objawów wiądu upływało 9 lat. Dziedziczność mógł autor wykryć tylko u trzech chorych. Przy omawianiu powikłań ze strony narządu krążenia (wady serca, tętniak) wygłasza autor zdanie, że choroby układu naczyniowego u chorych na wiąd rdzenia należy uważać za pochodzące również ze zakażenia kiłowego.

Friedheim (*Ueber den Zusammenhang der Syphilis mit den Erkrankungen des Nervensystems. Verhandl. d. deutschen dermatolog. Gesellschaft*, 1891.) znalazł na 146 chorych na wiąd rdzenia w 49 przypadkach niewątpliwe zakażenie kiłowe, w 26 prawdopodobne; 8 chorych miało mieć tylko wiewiór bez kiły. Na 29 chorych na wiąd kobiet, znalazł autor tylko 7 z objawami przebycia kiły. Zdaniem autora, wiąd rdzenia występuje wcześniej u ludzi, którzy się zarazili jadem kiłowym, niż u ludzi bez tego zakażenia.

A. F. Plichon (*Le tabes dorsal est- il d'origine syphilitique? Thèse de Paris.*) uważa kiłę jedynie tylko za czynnik uspasabiający do wiądu rdzenia. Na podstawie statystyki różnych autorów oblicza Plichon, że u 4190 chorych na wiąd w 50,5% wykazano kiłę niewątpliwie, w 9,5% była ona prawdopodobną; u 7230 zaś osób nie cierpiących na wiąd rdzenia znaleziono kiłę tylko w 11,13%. Przeciw bezpośredniemu związkowi przyczynowemu pomiędzy kiłą a wiądem przytacza autor różne zarzuty, z których najważniejsze są, że u chorych na wiąd rdzenia można napotkać czasem zupełnie świeże zmiany syfilityczne, że obok zmian chorobowych rdzenia napotyka się objawy kiły trzeciorzędnej, takie jak kilaki (*gumma*), że pomiędzy zakażeniem się kiłą a powstaniem zboczeń rdzeniopacierzowych upływa często zbyt wiele czasu.

E. Lanceraux (*Tabes et Syphilis. Mercredi méd.* 45. 1892.) jest znanym przeciwnikiem poglądów o zależności wiądu rdzenia pacierzowego od kiły. Zdaniem jego wiąd wywołują wszelkiego rodzaju wyczerpania, nadużycia płciowe i t. p.; jednak przyczyn różnorakich autor nie przypuszcza, *une lésion si nette doit avoir des causes toujours semblables, sinon identiques.* Przeciwko zwiąkowi wiądu rdzenia z kiłą walczy autor i tym razem głównie argumentem, że ze stanowiska anatomicznego biorąc, zmiany w wiądzie rdzenia są miąższowe i systematyczne, zależne zaś od kiły polegają na zwyrodnieniu naczyń i są rozrzucone.

E. Leyden (*Ueber die Behandl. der Tabes. Berl. klin. Wochenschrift XXIX.* 17. 18. 1892.), również główny przeciwnik zależności wiądu rdzenia od kiły, powtarza znane z prac dawniejszych argumenta i nadto zwraca uwagę, że poglądy niektórych autorów, jakoby zmiany w rdzeniu pacierzowym powstawały pod wpływem toksyn jadu kiłowego

nie są uzasadnione, że zatem przeciwkiłowe leczenie wiądu rdzeniopacierzowego jest nieskuteczne, toksyn kiłowych nie ma i dlatego też nikt ich nie zna. *Dr. Kopff.*

Ginekologia.

Mandry (w Bazylei): **O wartości rozpoznawczej urobiliny w ginekologii.**

Jeszcze w r. 1884. opisał Dick w *Arch. f. Gynaekol. Tomie XXIII.* trzy wypadki ciąży pozamacicznej, w których pęknął worek płodowy i nastąpił krwotok do jamy brzusznej. Rozpoznanie, zrobione na podstawie obecności urobiliny w moczu, sprawdziło się w zupełności po otwarciu jamy brzusznej i wyjęciu worka płodowego. Na tej podstawie wypowiedział D. zdanie, że obecność urobiliny w moczu będzie środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu krwotoków nie tylko do jamy brzusznej, ale także krwotoków pozaotrzewnowych, między blaszki więzadeł szerokich i w tkankę łączną okołopochwową. Przez 8 lat nie pojawiła się w tym względzie ani jedna praca w literaturze. Jaksch tylko w dziele swem „*Klinische Diagnostik innerer Krankheiten*" 1887. s. 249. wspomina, że większe ilości urobiliny znaleźli Bergmann, Kunkel w przypadkach krwotoków mózgowych, lub w przypadkach nadzianek krwawych (*infarctus haemorrhagicus*); co się tyczy przypadków ginekologicznych, to w tym względzie powołuje się Jaksch na pracę Dicka. Dopiero w Maju z. r. pojawiła się w (*Virchows Archiv.* Tom 132 z. II) praca Grimma, roztrząsająca sprawę obecności urobiliny w moczu ze stanowiska klinicznego. Mandry przeprowadził w klinice prof. Fehlinga w Bazylei szereg badań w odpowiednich przypadkach a to w celu sprawdzenia, o ile zdanie Dicka jest słuszne, t. j. czy i w jakich przypadkach może ginekolog rozpoznać krwotok w razie, gdy znajdzie urobilinę w moczu?

Do wykazania urobiliny w moczu używał autor dwóch sposobów, t. j. badania moczu w spektroskopie i sposobu chemicznego, który polega na tem, że przesączamy mocz zmięszany z pewną ilością amoniaku i do tej mięszaniny dodajemy kilka kropel 1—10% alkoholowego rozczynu chlorku cynku. W razie obecności urobiliny mocz wykazuje opalizacyą. Sposób pierwszy jest wprawdzie dokładny, ale nie każdy ma spektroskop. Sposób drugi jest bardzo łatwy i można go wykonywać nietylko w zakładach, ale i w praktyce prywatnej, ale za to nie jest tak dokładny, szczególniej, gdy znajdują się tylko ślady urobiliny w moczu, albowiem przekonał się autor, że tylko w takich przypadkach opalizowanie było niewątpliwe i łatwe do dostrzeżenia, w których w spektroskopie powstawała bardzo wyraźna smuga w polu zielono-niebieskiem, jak również przekonał się, że nieraz badanie chemiczne dało wynik wątpliwy lub ujemny w tych razach, gdzie badanie w spektroskopie dawało smugę urobilinie właściwą. To też autor ograniczył się do badań za pomocą spektroskopu, jako do sposobu dokładniejszego.

Przedsięwziął on 3 szeregi doświadczeń:

1) Badał mocz 25 położnic, rozpoczynając badanie w 6—12 godzin po porodzie i powtarzając je co dnia przez dni 14. Chciał przekonać się, czy w razie podbiegnięć i krwotoków, które znajdujemy w częściach rodnych miękkich, tak w przebiegu porodów prawidłowych, jak jeszcze częściej podczas porodów sztucznie ukończonych, znajduje się w moczu urobilina.

Z badań tych wypada, że mocz zdrowych położnic urobiliny nie zawiera, nawet w pierwszych dniach połogu; mocz zaś położnic, które podczas porodu doznały obrażeń, tylko wyjątkowo; na 25 przypadków był dwa razy tylko ślad urobiliny przez 5 dni, w jednym zaś przypadku, w którym w 2. dniu połogu był krwotok a położnica gorączkowała, urobilina w moczu w dosyć znacznej ilości była przez 9 dni.

2) Drugi szereg doświadczeń stanowiło 15 przypadków, u których wykonano mniejsze lub większe zabiegi operacyjne. Z badań tych wynika, że po operacyach w pochwie, na międzykroczu i na części pochwowej, dalej po wytrzebieniu (*castratio*) zazwyczaj nie znajdujemy w moczu urobiliny; natomiast u kobiet, u których wykonano trudne laparotomie, wycięcie torbiela jajnikowego, znajdujemy przez kilka dni znaczną ilość urobiliny w moczu.

3) Trzeci szereg badań podjął autor w 7 przypadkach krwotoku zamacicznego lub podotrzewnowego. Były to przypadki nie dosyć wczesne, albowiem z wyjątkiem jednego, wszystkie inne badano dopiero z końcem drugiego tygodnia po wystąpieniu objawów chorobowych.

Z tego badania wypada, że w przypadkach krwotoku, nie można już z początkiem drugiego tygodnia wykazać urobiliny w moczu.

Autor jednak nie może wnosić nic z tych ostatnich badań, ponieważ u tych chorych mogła być urobilina w moczu w pierwszych dniach choroby, jakto było w przypadkach Dicka; nie miał jednak sposobności badania chorych tuż po wystąpieniu choroby.

Autor opierając się na badaniach Grimma i swoich własnych, które dodatkowo wykonał u chorych z kliniki wewnętrznej w Bazylei, a które to badania wykazały, że największą ilość urobiliny znajdujemy u chorych z wysoką ciepłotą w przebiegu duru, zapalenia płuc, gruźlicy prosówkowej i ropnicy, oświadcza z naciskiem, że trzeba być bardzo ostrożnym co do rozpoznania ginekologicznego krwotoków, nawet wobec dużej ilości urobiliny w moczu, zwłaszcza gdy choroba przebiega z wysoką gorączką. Zresztą, aby sprawę wyświecić, trzeba przedsięwziąć badania w znacznej liczbie przypadków. (*Archiv für Gynaekologie T. XLV Z. 3*).

Dr. Cercha.

Chirurgia.

Leon Szuman (w Toruniu): **Doszczętne operacye wielkich przepuklin pachwinowych u małych dzieci.**

W przypadkach przepuklin u małych dzieci, częścią wrodzonych, częścią nabytych w pierwszych dniach życia, gdzie mimo leczenia przyszło do ich zwiększenia się, lub też użycie opasek jest niemożebne, należy dokonać radykalnej operacyi, której użył autor u 4 dzieci w wieku od 1 do 3 lat bez komplikacyi i bez recydyw. Technika operacyi przepuklin pachwinowych u małych dzieci jest inna z przyczyny nieco odmiennych stósunków. Worek przepuklinowy jest nader delikatny, cienki, częścią zrosły z sznurkiem nasiennym, częścią z jądrem; sam sznurek nasienny bardzo rzadko mocniej rozwinięty, brama przepuklinowa mała, na 1—2 palców co najwięcej drożna. Oddzielenie worka przepuklinowego od sznurka nasiennego winno się odbywać zawsze od góry i jest nieraz nader trudne, szczególnie w przypadkach zrośnięcia worka z jądrem, jakto wydarza się mianowicie we wrodzonych przepuklinach. Autor w pierwszych dwóch operacyach użył podwójnej ligatury (*Etagenligatur*) szyi worka przepuklinowego. W następnych 3 operacyach do tego szwu dodaje kilka szwów strzałkowych zewnętrznych i wewnętrznych z następowem tamponowaniem gazą jodoformową worka przepuklinowego, względnie jamy powstałej obok jądra w worku mosznowym, wskutek wyłuszczenia worka przepuklinowego. *Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1894.

Dr. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

Ali Krogius (docent chirurgii w Helsingforsie). W sprawie analgezyi kokainowej. Rozprawy nad kokainą w Towarzystwie chirurgicznem francuskiem w r. 1892., które wykazały, że skutkiem kokainy nierzadko już śmierć nastąpiła, były przyczyną, iż zaczęto doskonalić sposoby używania kokainy i nauczono obchodzić się z nią ostrożnie.

Najwięcej zasług w sprawie zastósowania analgezyi kokainowej przy operacyach chirurgicznych położył Paweł Réclus, który dowiódł, że zapisanych 17 przypadków śmierci po zastósowaniu środka, o którym mowa, pochodziło z użycia go w nadmiernej ilości dochodzącej do półtora grama, że kokaina w rozczynach słabych, 1 do 2% i w ilościach ma-

łych od 6 do 15 centygramów nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa.

Réclus wykazał prócz tego, że przy pomocy kokainy można dokonać nie tylko małych, ale i wielkich operacyj, jak laparotomij i doszczętnych zabiegów w przepuklinach.

Sposób użycia kokainy podany przez Réclusa polega, jak wiadomo na tem, że części przeznaczone do przecięcia napawa się kolejno rozczynem kokainy 1 do 2%. Chcąc znieczulić skórę, wprowadza się strzykawkę Pravazowską w samą skórę (a nie w tkankę łączną podskórną) w całej jej długości i podczas wbijania wstrzykuje rozczyn kokainy. Po przecięciu skóry robi się tożsamo z tkankami głębszemi. Znieczulenie następuje prawie natychmiast a operacya nie przedłuża się znacznie przez takie postępowanie.

Nie zaprzeczając, iż sposób wstrzykiwania kokainy podany przez Réclusa przedstawia wielkie korzyści i dogodności, podaje K. jeszcze inny sposób użycia kokainy, przez siebie w poliklinice chirurgicznej helsingforskiej wypróbowany a polegający na tem, iż wstrzyknienie kokainy pod skórę w pobliżu nerwu znieczula po niejakim czasie pewien zakres należący do rozpostarcia się tegoż nerwu, czego nieraz można dokazać jeszcze lepiej i pewniej, jeżeli się na podobieństwo sposobu Réclusa wbija igłę w całej długości w tkankę podskórną i w całej długości też podczas jej wbijania lub wyjmowania wstrzykuje kokainę, n. p. centymetr sześcienny rozczynu 2%, co odpowiada 2 centygramom; w ten sposób bowiem można za jednym razem trafić i kilka nerwów.

Tak n. p. chcąc operacyę zrobić na palcu, wstrzykuje się w jego osadę 1 do $1^1/_2$ cm. sz. rozczynu 2% kokainy. Po 10 minutach znieczulenie całego palca jest zupełne i to nietylko jego skóry, ale i części głębszych jak ścięgien, okostnej i t. d.

W zanogcicach nie potrzeba wbijać igły w miejsca obrzmiałe, bolesne a tem mniej w przestwór wypełniony ropą, lecz wstrzykuje się kokainę powyżej, t. j. dośrodkowo w miejsce zupełnie zdrowe.

Wstrzyknienie dwóch lub trzech strzykawek w powierzchnię dłoniową i grzbietową ręki w kierunku prostopadłym do osi wystarczyły do wycięcia bez bólu rozścięgna dłoniowego (*aponeurosis palmaris*) w chorobie Dupuytrena.

Wstrzyknienie kokainy w okolicę nerwu łokciowego powyżej rowka na wewnętrznym kłyciu kości ramiennej wystarcza do znieczulenia całej strony łokciowej dłoni.

Wstrzyknienie naokoło osady prącia znieczula napletek i pozwala na wykonanie na nim operacyi bez bólu.

Sam autor przyznaje, że sposobem przez niego podanym nie łatwo otrzymać znieczulenie na przedramionach i podudziach a jeszcze trudniej na ramionach i udach.

W każdym razie dobrze jest przed operacyą przekonać się zapomocą igły o znieczuleniu a gdyby nie było zupełne, można zrobić wstrzyknienie dodatkowe

Znieczulenie jest największe co do stopnia i rozległości w 5 do 10 minut po wstrzyknięciu kokainy. Wprzódy znika uczucie termiczne, niż zmysł dotyku. Znieczulenie trwa zwykle koło kwadransa a zwiększa się przez założenie pętli Esmarchowskiej powyżej wstrzyknienia kokainy.

Krogius używa, idąc za Réclusem, 2%, co najwięcej, rozczynu kokainy i w ilości nie większej na raz, niż 3 cm. sz., co odpowiada 6 centygramom; pacyentów operuje tylko w położeniu poziomem, którego im zmieniać nie wolno przed upływem kwadransa po skończeniu operacyi.

Autor widzi zalety swej metody znieczulania obwodowego w tem: 1) że w razie potrzeby unika się wstrzykiwań w miejsce operacyi. 2) w okoliczności, że bardzo małe ilości kokainy wystarczają do rozległego znieczulenia i 3) że w miejscach sposobnych jedna injekcya znieczula nie tylko skórę, ale i części głębsze. (*Centralblatt f. Chirurgie* 11. 1894.

— Zewnętrzne użycie gwajakolu. Desplats, profesor kliniki lekarskiej w Lille, zwrócił, zdaje się, pierwszy uwagę na to, że zastósowanie gwajakolu na skórę prócz obniżania temperatury ciała u osób gorączkujących uśmierza także bóle i nadaje się pod tym względem do leczenia pewnych chorób połączonych z bólami. V. Moissy, uczeń Desplatsa, przekonał się, że pomazywanie skóry gwajakolem uśmierza nietylko rozmaite bóle w okolicy klatki piersiowej u cierpiących na gruźlicę, lecz także łagodzi dolegliwości w rwie kulszowej (*neuralgia ischiadica*) i gośćcu stawowym ostrym i przewlekłym, wtedy nawet, kiedy już zawiodły inne środki, jak salicylan sodowy i antypiryna.

Ponieważ gwajakol czysty sprawia ból w skórze a nawet wywołać może owrzodzenia, przeto M. używa mięszaniny gwajakolu z gliceryną po równych częściach lub dwóch części gwajakolu na jednę gliceryny a ponieważ dla skutku przeciwgorączkowego i antyneuralgicznego jest obojętne miejsce użycia gwajakolu na skórę, przeto wciera mięszaninę wymienioną prostym pędzelkiem najwygodniej w przedramię, które następnie obwija w tkaninę nieprzenikliwą, przytwierdzoną za pomocą opaski.

Do zmniejszenia bólów wystarcza jeden do 3 gramów gwajakolu na jedno pomazanie, przyczem ze względu na skutki ogólne takiego pomazania u gorączkujących nie powinno się przekraczać dwóch gramów, u osób nie gorączkujących wolno dojść i do trzech gramów.

Pamiętać wszakże należy, iż niekiedy to użycie gwajakolu zawodzi z niewiadomej przyczyny. Skutek zaczyna występować w pół godziny po pomazaniu skóry a jeżeli nie jest dostateczny, można na nowo użyć w ten sam sposób gwajakolu po 5 lub 6 godzinach.

Na posiedzeniu Towarzystwa paryskiego lekarzy szpitalnych w dniu 6. b. m. zdali sprawę F. Balzer i R. Lacour ze swych doświadczeń nad leczeniem zapalenia jąder (*orchitis*) za pomocą zewnętrznego użycia gwajakolu na moszna w postaci maści złożonej z 5 (w razie drażliwości skóry 2) gramów gwajakolu i 30 gramów wazeliny. Maść ta wywołuje z początku przez 10 minut dosyć mocne palenie, poczem bóle zaczynają się zmniejszać i ustępują wreszcie zupełnie, gorączka zmniejsza się, chory uspakaja się i zasypia. W przypadkach lżejszych wystarcza jedno użycie maści gwajakolowej, w cięższych trzeba po 3 lub 4 godzinach na nowo pomazać tą maścią, jednak i w najgwałtowniejszych wystarczyło 3- a najwięcej 4-krotne użycie maści.

Po zastósowaniu zewnętrznem w ten sposób gwajakolu skóra naprzód się zaczerwienia a następnie schnie, pęka i łuszczy się.

Gwajakol zresztą nie wpływa na samą sprawę chorobową, lecz tylko łagodzi przypady najdolegliwsze, jak bóle, gorączkę i bezsenność i to najpodobniej do prawdy za pośrednictwem nerwów sposobem zwrotnym.

W dyskusyi oświadcza Chauffard, że w zapaleniu jąder w przebiegu wiewióra używał z bardzo dobrym skutkiem salicylanu sodowego w dawce dziennej po 6 do 8 gramów, który tę jeszcze przedstawia dogodność, że wpływa korzystnie na sprawę chorobową w cewce. (*La semaine médicale 11. Kwietnia 1894*).

— Przeciwko tak nieprzyjemnemu i dolegliwemu przypadowi, jakim jest drżenie w drżączce (*paralysis agitans*), używa Renzi przypadowo podskórnych wstrzykiwań wodochlorku hioscyny zaczynając od dawki $^1/_{10}$ miligrama i w tym celu przepisuje:

46) Rp. *Hyoscini muriatici*
centigramma unum
Aquae destil.
grm. viginti.

Zwykła przeto strzykawka Pravazowska zawiera $^1/_2$ miligrama (0·0005) wodochlorku hioscyny. Zacząć należy od $^1/_{10}$ miligrama (0·0001) czyli $^1/_5$ strzykawki. Skutek zaczyna się objawiać w $^1/_2$ godziny po wstrzyknieniu i trwa rozmaicie, nigdy jednak dłużej, niż 18 godzin. Po przyzwyczajeniu się powiększa Renzi moc rozczynu i bierze dwa a nakoniec i trzy centygramy wymienionej soli na 20 gramów płynu. (*Les Nouveaux Remèdes 8. Kwietnia 1894*).

— W cuchnącem owrzodzeniu nosa (*ozaena*) radzi Felici przepłukiwanie po dwa razy dziennie rozczynem sakcharyny według przepisu:

47) Rp. *Saccharini* 1·00—1·50
Aquae destil. 500·00
S. Do przepłukiwania nosa.

Skutek ma być zupełny i rychły.
(*Annales des maladies de l'oreille. 11. 1893*).

— Na wrzody podudzia (*ulcera cruris*) zaleca K. Witthauer po oczyszczeniu przez kąpiel sozojodolan rtęciowy w postaci maści:

48) Rp. *Hydrargyri sozojodolici* 1·00
Lanolini 90·00
Olei olivarum 10·00

Pod wpływem tej maści wrzody oczyszczają się rychło a ziarniny rosną prędko. Opatrzenie zmienia się tylko co 4 dni. (*Centralblatt für die gesammte Therapie. Marzec 1894*).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 19. Kwietnia 1894 r.

— Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się we Czwartek dnia 26. Kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem we Lwowie w lokalu Towarzystwa (Rynek l. 10. II. piętro).

— Otrzymujemy następujące zawiadomienie:

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie od 23. do 26. Lipca 1894.

1. Pierwotnie oznaczony termin Zjazdu musiał uledz zmianie dla uniknienia kolizyi z innymi Zjazdami, których odroczenie było absolutnie niemożliwe. Stało się to w porozumieniu z Dyrekcyą Wystawy, której sala uroczystości została nam ofiarowaną na odbycie Ogólnych Zgromadzeń. Na zmianie tej zyska raczej Zjazd pod wielu względami a uczestnicy jego nie będą narażeni na niedogodności, jakieby wyniknąć musiały przy nadmiernem nagromadzeniu przyjeżdżających osób.

2. Program:

22. Lipca. Niedziela. Wieczorem towarzyskie zebranie w salach kasyna miejskiego (ulica Akademicka) w celu wzajemnego poznania się.

23. Lipca. Poniedziałek. O 10-tej rano uroczyste otwarcie Zjazdu i pierwsze ogólne posiedzenie w sali koncertowej Wystawy. Następnie zwiedzenie Wystawy.

O 4-tej po południu posiedzenia sekcyjne w salach gimnazyum Franciszka Józefa i szkoły realnej.

Wieczorem przedstawienie w teatrze dla Członków i Uczestników Zjazdu.

24. Lipca. Wtorek. O 8-mej rano zwiedzanie miasta i jego osobliwości, ewentualnie szpitali.

O 10-tej rano i o 4-tej po poł. posiedzenia sekcyjne.

Wieczorem zwiedzanie Wystawy przy oświetleniu elektrycznem (fontanna świetlna).

25. Lipca. Środa. O 8-mej rano dalsze zwiedzanie miasta i szpitali.

O 10-tej rano i o 4-tej po poł. posiedzenia sekcyjne.

Wieczorem bankiet dany przez wydział gospodarczy dla Członków i Uczestników Zjazdu.

26. Lipca. Czwartek. O 10-tej rano drugie, ogólne posiedzenie i zakończenie Zjazdu. Po południu zwiedzanie Wystawy.

Po ukończeniu Zjazdu odbędą się 27-go w Piątek wycieczki w rozmaite okolice kraju pod przewodnictwem członka Wydziału gospodarczego, Dra Zubera a mianowicie jednodniowa w Karpaty Stryjskie i kilkudniowe, zwłaszcza do krajowych zdrojowisk.

3. Wkładka dla członków i uczestników Zjazdu wynosi 10 złr., które uprasza się przesłać na ręce podskarbiego Dra Bylickiego we Lwowie.

Wkładka ta uprawnia do bezpłatnego otrzymania: *a*) jednego egzemplarza Pamiętnika Zjazdu, *b*) biletu wstępu na Wystawę, tak w dzień jak i wieczorem, *c*) biletu na przedstawienie w teatrze, *d*) udziału w bankiecie, *e*) odznaki uczestnictwa w Zjeździe w kształcie medalionika.

4. Celem zapewnienia mieszkań raczą Szan. Członkowie i Uczestnicy Zjazdu zgłaszać się zawczasu do Wydziału gospodarczego pod adresem Dra Merunowicza (ul. Wałowa 31) lub Dra Dunikowskiego (Uniwersytet).

Zapowiedzieli wykłady:

I. W sekcyi medycyny teoretycznej.

1) Dr. J. Fajersztajn we Lwowie: Przyczynek do nauki o zwyrodnieniu rdzenia pacierzowego.
2) Dr. H. Kadyi we Lwowie: O zastosowaniu parafiny do sporządzania trwałych preparatów anatomicznych.
3) Tenże. O grzebieniu biodrowym u zwierząt domowych.
4) Tenże. Zasady rozróżniania kości wchodzących w skład głowy u człowieka i zwierząt.
5) Tenże. Błona sprężysta brzucha u człowieka.
6) Tenże. *Os trigonum tarsi* u konia.
7) Dr. E. Kozierowski we Lwowie: O kwasach urowych.
8) Dr. Wł. Kulczycki we Lwowie: Mięśnie i nerwy skórne u psa.
9) Dr. Wł. Niemiłowicz we Lwowie: O toksalbuminach.
10) Tenże. O kurolach t. j. nowych związkach działających na ustrój na sposób kurary.
11) Dr. W. Wehr we Lwowie: O własnościach formaldehidu.
12) Mag. H. Wińcza z Dorpatu: O rozwoju głowy u ssawców.

Oprócz tego zapowiedzieli wykłady zastrzegając sobie późniejsze podanie tematów:

Dr. G. Piotrowski, Dr. J. Prus i lek. wet. K. Kowiński we Lwowie.

II. W sekcyi psychologii i psychiatryi:

Dr. Kohlberger (Kulparków): Zarys dziejów nauki o chorobach umysłowych ze szczególnem uwzględnieniem ich podziału.

III. W sekcyi ginekologicznej.

a) Wykłady:

Dr. Cercha: O zachowaniu się błony śluzowej ciała macicy w przypadkach złośliwych nowotworów części pochwowej i szyi macicznej.

Prof. Dr. Jordan: Uwagi nad operacyjnem leczeniem opadu jajników.

Prof. Dr. Mars i Dr. Nowak: Wyniki badań nad ludzkiem łożyskiem.

Dr. Kotz: Ścieśnienie miednicy w zakładach położniczych krakowskich w ostatnich 10 latach.

Dr. Al. Rosner: Kilka uwag o zaśniadzie graniastym.

Dr. Neugebauer z Warszawy: 1) O wrodzonych i nabytych zwężeniach pochwy i ich znaczeniu w położnictwie z kazuistyką 35 cięć cesarskich z ich powodu dokonanych; 2) Wynicowanie macicy. Rzut oka na historyę i kazuistykę; 3) Najciekawsze spostrzeżenia z kazuistyki wrzekomego obojnactwa.

b) Temata do referatów podane przez Towarzystwo ginekologiczne krakowskie:

1) Cięcie łonowe podczas porodu.

2) Leczenie zapalenia błony śluzowej macicy; objął Dr. Skałkowski we Lwowie.

3) Postępowanie przy poronieniu.

4) Laparotomia podczas ciąży, objął Dr. Al. Rosner z Krakowa.

5) Przyszycie macicy do ściany brzusznej (*Ventrofixatio uteri*), objął Dr. Świtalski z Krakowa.

— **Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbyło w 18 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem po przyjęciu na członka czynnego Dra Chojnackiego Władysława z Krakowa a na korespondenta Dra Papiewskiego Władysława z Radomia, kol. prof. Korczyński przedstawił 6 chorych ze swej kliniki i w obszernem przemówieniu opisał ich zboczenia

chorobowe, poczem kol. Prof. Cybulski okazał własnego pomysłu mikrokalorymetr służący do oznaczania bardzo drobnych zmian ciepłoty i opisał szczegółowo sposób jego użycia.

— Dr. A. Rothe w Warszawie został wybrany członkiem honorowym włoskiego Towarzystwa psychiatrycznego (*Società freniatrica italiana*). Miło nam donieść o tem uznaniu prac zasłużonego psychiatry warszawskiego.

— Znany a przez chorych uwielbiany okulista, Książę Dr. Karol Teodor bawarski, przerwał z powodu choroby swą czynność lekarską i udał się do Meranu dla poratowania zdrowia.

— Międzynarodową konwencyą sanitarną, zredagowaną na podstawie uchwał co właśnie odbytej konferencyi paryskiej, podpisali w dniu 2. b. m. pełnomocnicy: Niemiec, Austro-Węgier, Belgii, Francyi, Wielkiej Brytanii, Rosyi, Hiszpanii, Holandyi, Włoch, Grecyi, Danii, Persyi i Portugalii. Delegaci Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej konwencyą przyjęli, lecz jej nie podpisali, uważając podpis za zbyteczny wobec tego, iż pielgrzymki Mahometan kraju ich w niczem nie obchodzą. Szwecya z Norwegią tudzież Turcya zastrzegły sobie czas do namysłu nad podpisaniem. Anglia miała zrobić pewne zastrzeżenia ze względu na niektóre postanowienia konwencyi, odnoszące się do statków przewożących pielgrzymów mahometańskich przez zatokę perską, postanowienia zdaniem jej nie dające się przeprowadzić dla braku funduszów u ludności pielgrzymującej.

— W ubiegłem półroczu zimowem liczył wydział lekarski uniwersytetu wiedeńskiego uczniów zwyczajnych 2039 a 1422 nadzwyczajnych. Cudzoziemców między niemi było: z Ameryki 225, z Cesarstwa rosyjskiego 161, z Serbii 42, ze Szwajcaryi 25, z Prus 69, z Bawaryi 29.

— 62. Kongres Stowarzyszenia lekarskiego Wielkiej Brytanii odbędzie się w bieżącym roku w Brystolu od 31. Lipca do 3. Sierpnia.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Gryfia. Docent prywatny Dr. Ballowitz mianowany profesorem nadzwyczajnym. Helsingfors. Dr. R. Kelster mianowany docentem anatomii patologicznej. Juryew (Dorpat). Profesor zwyczajny anatomii patologicznej i patologii ogólnej, Dr. R. Thoma złożył swoją godność. Na jego miejsce mianowany Dr. M. Nikiforow, prosektor uniwersytetu w Moskwie. Kijów. Dr. M. A. Woskreseński mianowany docentem prywatnym położnictwa i ginekologii. Roztoka. Dr. L. Pfeiffer, asystent zakładu higienicznego i docent prywatny w uniwersytecie monachijskim, powołany na profesora nadzwyczajnego higieny. Sztokholm. Profesor nadzwyczajny chirurgii Dr. J. W. Berg mianowany profesorem zwyczajnym. Tybinga. Dr. Hofmeister habilitował się na docenta chirurgii. Petersburg. Dr. N. G. Uszinski mianowany docentem prywatnym medycyny sądowej w Akademii wojenno-lekarskiej. Wiedeń. Docenci prywatni chirurgii, Drowie Hacker i Hochenegg mianowani profesorami nadzwyczajnymi.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Giessenie profesor nadzwyczajny położnictwa Dr. Fryderyk Birnbaum, w Heidelbergu senior wydziału lekarskiego prof. Dr. W. H. Delffs, w Lille profesor higieny Dr. Arnould.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się dla pp. prenumeratorów zamieszkałych w Galicyi i W. Ks. Krak. prospekt i list z Zakładu wodoleczniczego w Jaworzu.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 28. Kwietnia 1894 r. Nr. 17.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w *Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(z dwiema rycinami).

Zanim przystąpię do opisania swojego przypadku, muszę wspomnieć o doświadczeniach na zwierzętach z wykluczeniem kawałków jelita i o doświadczeniu klinicznem w tym względzie.

Pierwsze próby z wykluczeniem jelit przedsiębrano w celach fizyologicznych (badanie wydzieliny jelit w czystym stanie). Thiry wykluczał w tym celu kawałek jelita w ten sposób, że jeden koniec zaszywał ślepo, drugi zaś wszywał w skórę. Ciągłość przewodu pokarmowego przywracał on przez enterorafię okrężną końców resekowanych. Zbierając wydzielinę końca wszytego w skórę pętli wykluczonej mógł badać czystą wydzielinę jelita. Vella w podobnych doświadczeniach wszywał oba końce wykluczonej pętli w skórę.

Doświadczenia na zwierzętach w celach zastósowania wykluczenia jelita klinicznie przedsięwziął pierwszy Salzer[1]), który przekonał się na bardzo znacznym materyale kliniki Billrotha, że dotychczas używane sposoby leczenia wobec niektórych postaci nienaturalnego odbytu i nowotworów kiszki ślepej nie wystarczają. Szczególne trudności w leczeniu przedstawiają rozgałęzione, obfite przetoki kałowe wobec znacznych zrostów pętli jelitowych; w przypadkach tych nie wystarcza zazwyczaj prosta enterorafia a resekcya pętli, o które chodzi, jest zabiegiem niebezpieczniejszym, niż samo cierpienie, dla którego się ją wykonywa. Wobec nowotworów nie nadających się do wyłuszczenia z powodu ich rozrostu i obfitych zrostów, polecono w ostatnich czasach robić enteroanastomozę; przez to zmniejszyło się wprawdzie niebezpieczeństwo leczenia tych cierpień drogą operacyjną, jak tego niektóre przypadki Hackera i Riedla dowodzą, jednak i ten zabieg okazuje się niedostatecznym, gdyż treść jelitowa ustawicznie drażni patologicznie zmienioną ścianę jelita. Myśl do wykluczenia pętli jelitowej wobec nienaturalnego odbytu, powzięli pierwsi Hacker i Caponotto; że wobec większej przetoki jelitowej zabieg podobny może się udać, było rzeczą prawdopodobną. Czy wykluczenie całkowite jelita ślepego wraz z sąsiednim kawałkiem jelita biodrowego i grubego wstępującego da się bezkarnie wykonać, musiały wykazać doświadczenia na zwierzętach. Salzer nie dowierzał już z góry podobnym zabiegom z powodu obawy zatrucia skutkiem rozkładu gnilnego nagromadzonego kału i z obawy owrzodzeń jelita w tem miejscu, tudzież zapalenia otrzewny następowego.

Co się tyczy obawy zwyrodnienia torbielowego wykluczonej pętli jelita z następowem pęknięciem torbiela (Hermann), nie przypisywał Salzer temu wielkiej wagi.

Pierwsze doświadczenia w tym względzie na psach potwierdziły w zupełności słuszność zapatrywań Salzera. Psy, u których wykluczył w zupełności pętlę jelitową (bez poprzedniego jej oczyszczenia) miały się przez kilka tygodni zupełnie dobrze, ginęły jednak po upływie tego czasu. Preparaty, które Salzer z tych psów okazał na 20-tym zjeździe chirurgów niemieckich, przedstawiały różny stan napełnienia jelita biodrowego, grubego i wyrostka robaczkowego i rozległe owrzodzenia w wykluczonej pętli. Inne psy miały się natomiast dobrze, nawet po upływie kilku miesięcy. Salzer przestrzega przed wykluczeniem całkowitem z zupełnem zaszyciem wykluczonej pętli, natomiast poleca w stó-

[1]) Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XX. Congress. Beilage zum Centralblatt für Chirurgie 1891, Nr. 26, str. 119.

sownych przypadkach wykluczenie jelita z równoczesnem założeniem przetoki obwodowej, ostatnie postępowanie już dla samej możliwości zastósowania leczenia miejscowego w wykluczonej pętli.

Salzer zabiera powtórnie głos w tej samej sprawie w Przyczynkach do chirurgii wydanych ku uczczeniu 25-letniej działalności Billrotha w uniwersytecie wiedeńskim [1]). Co do dalszego losu zwierząt, u których w r. 1890 wykonał wykluczenie jelita, to większa ich część zginęła wśród objawów ostrego zapalenia otrzewny; zapalenie to wyszło najprawdopodobniej ze strony ślepo zaszytej, wykluczonej pętli.

Tylko 2 psy przeżyły zabieg miesiąc a względnie 2 miesiące. U jednego psa, u którego wykluczył zupełnie jelito ślepe a następnie oba końce resekowane połączył za pomocą szwu Senna, przyczyną śmierci było prawdopodobnie zatrucie ptomainami, wywołane stagnacyą kału w jelicie biodrowem. W ślepo zeszytym końcu bocznie połączonego jelita biodrowego znalazł Salzer prócz kału kawałek skóry, który działał prawdopodobnie jako wentyl i utrudniał komunikacyę jelita biodrowego z jelitem grubem wstępującem. U drugiego psa, który żył 2 miesiące po operacyi i nagle zginął wśród objawów ogólnych, była wykluczona część jelita grubego wstępującego napięta i rozszerzona i przedstawiała się jako twór do kiełbasy podobny na 20 cm. długi a 14 cm. w obwodzie mający; ściany jelita były zgrubiałe a błona surowicza w skutek zrostów zmieniona. Błona śluzowa zawierała mnóstwo wrzodów mieszkowych (follikularnych) wielkości prosa i nieregularne większe wrzody o brzegach podminowanych. Natomiast nie znalazł żadnych objawów zapalenia otrzewny. W sercu: *endocarditis bacteritica* (koki). Treść wykluczonej pętli zajmowała masa papkowata koloru brunatnego. Doświadczenia powyższe utwierdziły Salzera w przekonaniu, że zupełne wykluczenie pętli jelitowej jest zabiegiem niebezpiecznym.

Pesymistyczne te zapatrywania na zupełne wykluczenie jelita zmienił jednak Salzer po ponownych doświadczeniach z całkowitem wykluczeniem jelita w 1891 r. Oba psy, u których wykluczył zupełnie jelito, pozostały trwale w zupełnem zdrowiu, a gdy je zabito po upływie 9 a względnie 10 miesięcy celem przekonania się o stanie miejscowym, nie znaleziono żadnych zmian patologicznych. U jednego z nich wykluczył Salzer 26 cm. jelita biodrowego (*ileum*); sekcya po 9 miesiącach wykazała część wykluczoną *ad maximum* skurczoną tak, że na przekroju nie było prawie żadnego światła; końce wypustek błony śluzowej stykały się wszędzie ze sobą, treści żadnej nie znaleziono. Ściana jelita była zdrowa a makroskopijnie i mikroskopijnie nie wykryto ani zaniku ściany ani przerostu.

U drugiego wielkiego psa, którego zabito po 10 miesiącach od operacyi, wykluczono w całości 40 cm. jelita, a mianowicie kiszkę ślepą, kawałek jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej. Tu nie znaleziono żadnych objawów przebytego zapalenia otrzewny. Wykluczona pętla była jednak wydęta, ściany jej były zgrubiałe a treść stanowiła obfita ilość szarej papki, do kitu szklarskiego podobnej. Ściany jelita okazały się prawidłowemi tak przy badaniu makroskopijnem, jak i mikroskopijnem.

Oba te wyniki pouczają według Salzera, że zupełne wykluczenie tak jelita ślepego, jak i cienkiego może w okolicznościach korzystnych zakończyć się pomyślnie bez wywoływania żadnych objawów. Przypadki te pouczają również, że wydzielanie treści odbywa się bardzo powoli i że nie należy obawiać się z tego powodu pęknięcia kiszki.

Dalej okazuje się, że błona śluzowa wykluczonej pętli może pozostać zupełnie zdrową, nawet wobec pozostawienia w niej treści kałowej i że rozkład w wykluczonej pętli nie jest koniecznem następstwem wykluczenia. Rozkład ten da się z największem prawdopodobieństwem wstrzymać przez przygotowanie odpowiednie jelita przed operacyą.

Salzer uważa następujące cierpienia za wskazania do wykluczenia jelita:

Powikłane przetoki kałowe po ranach postrzałowych, po uwięźnieniach, w *typhlitis* i *perityphlitis chronica* w skutek owrzodzeń po ciałach obcych i wrzodów kałowych, w gruźlicy kiszki ślepej, po sprawach chorobowych i innych części przewodu pokarmowego.

Przetoka kałowa po przebiciu obrzęków złośliwych, nienadających się do operacyi.

Przetoka kałowa po nadżarciu jelita z powodu głębokiego ropienia w jamie brzusznej.

Nieuleczna komunikacya pomiędzy pęcherzem a jelitem *(carcinoma vesicae)* przy nagromadzeniu kału i gazów w pęcherzu.

Zwężenie jelita bez przetoki, jeżeli rozległość sprawy miejscowej nie pozwala na wyłuszczenie części jelita, jeżeli z drugiej strony zdrowe części jelita po wykluczeniu dadzą się zeszyć ze sobą.

Złośliwe nowotwory jelita nawet wobec braku zwężenia, jeżeli obrzęk z powodu zbyt wielkiego charłactwa chorego wyłuszczyć się nie daje.

Miejscowe, przewlekłe sprawy chorobowe bez przetok i bez zwężenia, nie nadające się do doszczętnego zabiegu, tylko do miejscowego leczenia *(actinomycosis)*.

Co do sposobu wykluczania, Salzer jest zwolennikiem tylko częściowego wykluczenia t. j. radzi zawsze wszywać jeden koniec (obwodowy) w powłoki brzuszne.

Wykluczenie zupełne, t. j. zaszycie ślepe obu końców i pogłębienie jelita w zwykłych zwężeniach albo zwężeniach nowotworowych uważa Salzer za zabieg zbyt śmiały; tylko wobec znacznej przetoki kałowej pozwala Salzer zaszyć ślepo oba końce:

Następną pracę doświadczalną z wykluczeniem jelit przedsięwziął Dr. Klecki w Krakowie [1]). Klecki wykluczył u 22 psów jelito w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału, chcąc zbadać treść nagromadzoną w wykluczonych pętlach przez różny przeciąg czasu. Klecki starał się znieść działanie bakteryj w wykluczonych pętlach i w tym

---

[1]) Prof. Salzer. Über Darmausschaltung. Beiträge zur Chirurgie. Festschrift gewidmet Theodor Billroth etc. Stuttgart F. Enke. 1892. Str. 530. 541.

[1]) Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie. *Przegląd lekarski* 1893, Nr. 34 i Nr. 35 S. 453, 454, 464, 465.

celu użył do przepłukania pętli przed wykluczeniem sztucznego soku żołądkowego.

Jako warunek udanego doświadczenia postawił sobie Klecki, by zwierzęta przez cały czas po operacyi były prawidłowe, t. j. nie przechodziły ani zapalenia otrzewny ani stanu septycznego i ażeby pętla wykluczona nie podlegała żadnym zmianom patologicznym (!?). Z 22 doświadczeń tylko w 3 znalazł warunki postawione. Z tych zabito jednego psa po upływie 68 dni od operacyi, 2-go po upływie 46 dni, 3-ci zginął na włóknikowe zapalenie płuc po upływie dwudziestu kilku godzin od operacyi. U wszystkich 3 psów znaleziono w wykluczonych pętlach stósunkowo b. nieznaczną ilość treści. Mikroskopowo znaleziono w treści tej złuszczone przybłonki, drobiny rozpadowe (*detritus*), czasami kryształy i wiele bakteryj; chemicznie: białko w niewielkiej ilości, pepton, mucynę, cholestearynę, tłuszcze, kwasy tłuszczowe wolne, leucynę.

Ściana jelita wykluczonego zachowała w najdrobniejszych szczegółach budowę prawidłową.

Przy sekcyi psów, które zginęły na zapalenie otrzewny, znajdywano obok patologicznie zmienionej ściany jelita albo treść podobną jak u psów, które wyzdrowiały, albo też treść gnijącą, cuchnącą. Obecność treści tej przypisuje Klecki upośledzeniu krążenia w patologicznie zmienionej ścianie jelita. Klecki odmawia przyszłości nowej operacyi, gdyż przy operacyi ściana jelita zawsze jest patologicznie zmieniona i poleca w podobnych przypadkach wykonać enteroanastomozę jako zabieg prostszy.

Myśl Salzera znalazła wkrótce kliniczne zastosowanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O potrzebie urządzenia w Krakowie zakładu do szczepień ochronnych według metody Pasteura.

Podał

O. Bujwid.

Statystyka leczenia ochronnego według metody Pasteura wykazuje wyraźny wpływ szczepień na zmniejszenie śmiertelności. Szczegółowe dane [1]) zebrałem w osobnych pracach; do nich też odsyłam czytelnika, którego obchodzi bliżej ta sprawa ciekawa bardzo ze względu na teoretyczne podstawy oraz na wielki materyał doświadczalny, do obecnej chwili zebrany. Medycyna zaczyna kroczyć stopniowo tą drogą coraz bardziej tak, iż wątpić nie można, że niedługo przybędą nam na tej drodze nowe metody lecznicze.

Ogólny procent zachorowań po pokąsaniu obliczać można na 5—10%, przy pokąsaniach w twarz oraz przez wilki dochodzi on do 80%. Po leczeniu według metody Pasteura odsetka ta zmniejsza się do 0,5% a nawet do 0,2%. Takich wyników doczekaliśmy się w Warszawie, modyfikując szczepienia w rozmaity sposób, stósownie do przypadku [2]).

W Galicyi pokąsania przez zwierzęta wściekłe nie należą do rzadkości. Wszyscy pamiętamy pokąsanie przez wilka wściekłego 35 osób w Sadogórze na Bukowinie. Dzięki szczepieniu tylko dwa przypadki z liczby leczonych 25 zakończyły się niepomyślnie. Dzięki leczeniu, mamy więc wynik bardzo pomyślny ze względu na towarzyszące okoliczności (opóźnienie leczenia). Ze statystyki zdrowotnej Galicyi za rok 1891 [1]), wiemy, że w tym roku urzędowo sprawdzonych przypadków śmierci z wścieklizny u ludzi było 20. Ilu nie sprawdzono, o tem naturalnie nikt nie wie. Przypuszczając nawet, że wszystkie do wiadomości doszły, 20 przypadkom śmierci odpowiada około 400 przypadków pokąsania. Czy więc nie byłoby słusznem urządzić i u nas w Krakowie zakład do szczepień ochronnych wścieklizny? Policya sanitarna zyska tylko na tem, gdyż wiedząc o wybuchu w danej miejscowości wścieklizny, stwierdzonej za pomocą ścisłego badania (zaszczepienie na króliku cząstki rdzenia z psa podejrzanego) łatwiej będzie zwrócić szczególną uwagę na taką miejscowość. A przecież ocali się niejedno życie ludzkie i przywróci spokój niejednej rodzinie!

To też, gdy od początku roku bieżącego zaczęły się zgłaszać osoby pokąsane (ogółem było ich dotąd czternaście), zażądałem z Warszawy szczepionek, które mi nie szczędząc trudów nadsyłał kol. Palmirski, zarządzający moim dawnym zakładem w Warszawie a obecnie przyrządzam je własnymi środkami na miejscu w Krakowie. Dzięki uprzejmości Dyrektora szpitala św. Łazarza, Doc. Dra Ponikły pokąsani przybywający do Krakowa zostają pomieszczeni w tym szpitalu.

Z biegiem czasu rzecz ta przechodząca możność jednej osoby powinna stać się, jak sądzę, przedmiotem opieki kraju.

[1]) *Wścieklizna u ludzi i leczenie zapobiegawcze według metody Pasteura.* Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.* r. 1892. — *Treściwe uwagi o wściekliźnie i jej leczeniu według metody Pasteura.* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich. Kraków r. 1892.

[2]) Por. *Przegląd Lekarski* Nr. 10. str. 134.

[1]) Sprawozdanie c. k. Rady Zdrowia za rok 1891.

III. O fizyologii odruchów.

Wykład habilitacyjny

Dra ADOLFA BECKA.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Do czynników wpływających na zachowanie się odruchów zaliczyłem także niektóre środki farmakologiczne. Jedne z nich jak strychnina, antyaryna, morfina podnoszą pobudliwość odruchową, drugie jak n. p. chloral, chloroform i inne pobudliwość tę obniżają lub zupełnie znoszą. Od podobnych toksycznych wpływów zależą niewątpliwie także zmiany w pobudliwości odruchowej, występujące w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (najwybitniej n. p. w tężcu) a polegające bezwątpienia na działaniu toksyn, jako produktów przemiany materyi pewnych mikrobów.

Dominujący wpływ na czynność aparatu odruchowego wywierają ośrodki nerwowe położone w wyższych częściach centralnego układu nerwowego. Wpływ ten jest ujemny, jak go obecnie powszechnie nazywamy, hamujący.

Jeżeli u żaby pozbawionej samych półkul mózgowych badamy odruchy n. p. metodą Türcka i równocześnie drażnimy jakąś inną część skóry, lub błony śluzowej, lub koniec odśrodkowy któregokolwiek nerwu, przekonywamy się, że odruchy albo wcale nie występują albo stają się znacznie słabsze. Spostrzeżenie to po części znane już było Whyttowi w roku 1768, który tłómaczył je znanem prawidłem Hipokratesa: *duobus doloribus, simul abortis non eodem loco, vehementior obscurat alterum.* O wiele wybitniej jeszcze wystę-

puje wpływ hamujący ośrodków zawartych w korze mózgowej na odruchy. Gdy u żab po wycięciu mózgu pod wpływem danej podniety, powstaje prawie regularnie jeden i ten sam odruch tak, że można go nieraz naprzód zapowiedzieć (jakeśmy to widzieli w prawie Pflügera), to u zwierząt z całym układem nerwowym wynik podrażnienia powierzchni czuciowej jest bardzo rozmaity: raz powstaje ruch jakiś, kilka razy może się nie zjawiać, bez najmniejszego prawidła.

Ale nietylko doświadczenia na zwierzętach dostarczają nam dowodu, że ośrodki kory mózgowej wywierają wpływ na czynność odruchową rdzenia pacierzowego. Mamy także liczne tego przykłady tak w patologii układu nerwowego, jak również i w czynnościach odruchowych zdrowego człowieka.

Rzecz naturalna, że tłómaczenie zjawisk tych w ten sposób, jak je Whytt podawał, nie mogło wystarczyć. To też starano się w rozmaity sposób wyjaśnić je i powstało wiele hipotez, z których przytoczę n. p. teoryę Schiffa. Badacz ten twierdził, że ograniczenie czynności odruchowej przez ośrodki mózgowe polega, przynajmniej w części, na tem, iż mózg obecnością swą pozwala stanowi czynnemu wywołanemu przez podnietę rozszerzyć się na większą przestrzeń, przez co popęd do ruchu traci na sile. Na udowodnienie swego twierdzenia przytacza Schiff spostrzeżenia na jaszczurkach, które po kolejnem przecinaniu rdzenia wykonywają pod wpływem jednej i tej samej podniety coraz silniejsze ruchy ogonem i tylnemi kończynami.

Od czasu jednak, gdy Sieczenow (w roku 1863) odkrył w układzie nerwowym środkowym istnienie pewnych ośrodków, których bezpośrednie zadraźnienie, szczególnie chemiczne, sprawia znaczne obniżenie lub zupełne zniesienie pobudliwości odruchowej, powstała teorya mechanizmów hamujących *(centres modérateurs, inhibitory system)*, która jakkolwiek z początku wywołała znaczną opozycyę, obecnie jednak niemal powszechnie przez fizyologów jest uznana. Przyjmujemy teraz, że nietylko pewnym ośrodkom, mieszczącym się u żab w wzgórkach wzrokowych *(thalami optici)* i w ciałkach bliźniaczych *(corpora bigemina)*, właściwą jest czynność hamująca, lecz że we własność tę wyposażone są w wysokim stopniu ośrodki kory mózgowej a po części także i ośrodki rdzenia pacierzowego.

Pod wpływem podniety działającej na nerwy dośrodkowe mogą powstawać dwojakiego rodzaju czynności: dynamiczna lub hamująca. To samo zadraźnienie może wywołać jeden lub drugi stan, albo wreszcie, co najczęściej bywa, obydwa razem, t. j. stan czynny wywołany w jednych ośrodkach hamuje równocześnie czynność innych. Że w ogóle stan czynny jednych ośrodków wpływa, jak się zwykle wyrażano, obniżająco na pobudliwość innych ośrodków, przez to, że wstrzymuje wyładowanie się ich energii, na to dostarczają nam badania coraz liczniejszych dowodów, że wspomnę tylko o badaniach zjawisk elektrycznych układu nerwowego środkowego t. j. rdzenia pacierzowego i kory mózgowej, które wykazały, że w chwili wejścia w stan czynny pewnej grupy ośrodków nerwowych pod wpływem zadraźnienia dośrodkowego wszelkie prądy czynnościowe, które istniały na całym obszarze kory mózgowej, ustają na czas trwania zadraźnienia, aby potem z tem większą siłą wystąpić na nowo.

Wpływy hamujące przeszkadzają wprawdzie wyładowaniu się energii w ośrodkach, jednakże nie stoją na przeszkodzie wywiązywaniu i nagromadzaniu się w nich energii i dlatego to po ustaniu wpływu hamującego nagromadzona energia wydobywa się w większej ilości, a zatem ruchy, względnie zmiany elektryczne stają się silniejsze.

Obserwując odruchy, składające się z ruchów skojarzonych, trudno je na pierwszy rzut oka odróżnić od ruchów świadomych i celowych. Żaba pozbawiona mózgu, na której skórę położymy bibułkę zamoczoną w kwasie siarkowym, wykonywa łapkami cały szereg ruchów, któremi stara się bibułkę tę usunąć a czyni to dopóty, dopóki celu nie dopnie. Ruchy te są tak łudząco podobne do ruchów dla pewnego celu w zupełnej świadomości obmyślonych, że nie można się dziwić, iż powstało pytanie, czy całej sprawie odruchowej nie towarzyszy świadomość, czyli czy świadomość, ta własność, którą przypisujemy tylko ośrodkom kory mózgowej, nie jest także udziałem ośrodków niższych części układu nerwowego.

Bliższe jednak zbadanie tych ruchów wykazuje, że nie są one obmyślone w celu usunięcia się od działania podniety, lecz są to ruchy takie, które zwierzę w stanie prawidłowym najczęściej wykonywa. Jeżeli n. p. u żaby bez półkul mózgowych, zawieszonej z nieco przykurczonemi łapkami, zanurzymy końce paluszków do gorącej wody, to spostrzeżemy, że zamiast podnieść łapki do góry, jakby to uczyniła żaba prawidłowa, aby w ten sposób usunąć się od działania podniety, ona prostuje się silnie i zanurza tem głębiej do gorącej wody. Ruchu tego, silnej ekstenzyi łapek tylnych w tym przypadku chyba nikt nie poczyta za celowy, gdyż on tu jest wręcz szkodliwy; jest to tylko ruch służący do ucieczki, ruch, który żaba w okolicznościach prawidłowych najczęściej wykonywa pod wpływem podniet. Podobne spostrzeżenia tyczące się wężów, opisali Osawa i Tiegel. Wąż z wyciętemi półkulami mózgowemi okręca się koło rozpalonego pręta żelaznego tem silniej, im wyższa temperatura pręta, albowiem zwijanie się jest dla wężów ruchem najczęstszym, choć w tym razie szkodliwym, podczas gdy takie samo zwierzę nie pozbawione półkul mózgowych, od tej samej podniety szybko odskakuje. Dalszego dowodu przeciw przypuszczeniu spraw świadomych w rdzeniu dostarczają przypadki całkowitego przecięcia rdzenia u ludzi, gdzie w dolnej części rdzenia z łatwością powstawały odruchy i gdzie osoby te, które przecież mogłyby nas dokładnie pouczyć o istnieniu pewnych czuć i czynności psychicznych, nigdy nie podawały, ażeby sprawa odruchowa dochodziła do ich świadomości.

Wprawdzie zwolennicy istnienia tak zwanej duszy rdzeniowej przytaczają na potwierdzenie swoich przypuszczeń argument, że skoro komórki nerwowe kory mózgowej rozwijają się z tych samych pierwocin, co komórki zwojowe rdzenia pacierzowego, nie ma podstawy do przyjęcia, aby świadomość, jako pewna własność swoista istniała tylko w komórkach pierwszej kategoryi. Jednakże prowadząc rzecz dalej, musielibyśmy przyjąć, że świadomość jest już własnością pierwoszcza czyli protoplasmy pierwszej komórki, z której ustrój powstał a więc jajka, a nawet elementów składowych tej protoplasmy, a co więcej musi także być własnością wszystkich komórek całego ustroju, które podobnie jak ośrodki nerwowe powstały z jajka.

Nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że własność ta powstaje dopiero w komórkach zwojowych kory mózgowej, w miarę ich wyosobniania się. Że badania nasze nie wyświeciły, w jaki sposób to się stać może, to wcale nie zmienia postaci rzeczy. Fakt musimy przyjąć tak, jak się nam przy obserwowaniu zjawisk natury przedstawia, nawet jeżeli się nie zgadza z naszemi rozumowaniami. A fakty na podstawie ścisłych obserwacyj nie przemawiają za istnieniem stanów świadomych w sprawie odruchowej.

Ośrodki dla rozmaitych czynności odruchowych znajdujemy porozrzucane po całym układzie nerwowym środkowym, ułożone jednak w pewne grupy, ściśle zlokalizowane. To umiejscowienie ośrodków odruchowych może służyć jako dowód *per analogiam,* że czynności ośrodków wyższej kategoryi a więc funkcye psychiczne są także zlokalizowane.

Oprócz rdzenia pacierzowego, któryby można nazwać narządem odruchowym *par excellence*, zawierają inne części układu nerwowego środkowego, jak zwoje podstawowe mózgu i rdzeń przedłużony, centra odruchowe. Szczególnie w rdzeniu przedłużonym znajdujemy w stosunkowo małej przestrzeni nagromadzone grupy ośrodków dla czynności życiowych ustroju, które przywykliśmy uważać za automatyczne, a które w gruncie rzeczy nie są niczem innem jak tylko czynnościami odruchowemi, złożonemi, jakkolwiek często trudno oznaczyć dla nich rodzaj podniety, oraz sposób i miejsce jej działania. Mam tu na myśli ośrodki dla oddychania, dla ruchów połykowych, wymiotnych, ośrodki regulujące czynność serca, ośrodki naczynioruchowe. W zwojach podstawowych mózgu znajdują się ośrodki dla ruchów źrenicy, dla akomodacyi; w móżdżku prawdopodobnie ośrodki dla utrzymania równowagi ciała. W rdzeniu pacierzowym rozłożone są oprócz ośrodków odruchowych dla mięśni prążkowanych kośćca, centra ruchowe dla czynności niektórych narządów, w skład których wchodzą mięśnie gładkie oraz ośrodki wydzielnicze i naczynioruchowe. I tak w części lędźwiowej rdzenia znajdują się ośrodki ruchowe dla pęcherza moczowego, dla erekcyi prącia, ejakulacyi nasienia, dla ruchów kanału rodnego u kobiet, w całym rdzeniu ośrodki odruchowe zawiadujące czynnością gruczołów potnych i inne.

Ruchy odruchowe złożone są częścią wrodzone, jak n. p. ssanie, częścią zaś nabyte przez ćwiczenie, jak n. p. chód. Ten ostatni składa się z początku z ruchów dowolnych i pozostaje właściwie przez całe życie osobnika ruchem zależnym od woli, jednakże wskutek ciągłego wprawiania się, stają się te ruchy machinalnymi, zależnymi więcej od ośrodków niższego rzędu aniżeli od ośrodków kory mózgowej. Tu najlepiej odbija się ta własność kształcenia się ośrodków nerwowych, o której Panom przedtem wspomniałem, a która prawdopodobnie zależy od pewnych, nieznanych nam zmian w tych ośrodkach, zmian ułatwiających powstawanie stanów czynnych, które już kilkakrotnie w nich przedtem wywołane zostały. Zmiana ta ośrodków może się stać dziedziczną z biegiem pokoleń i w ten sposób możemy wytłomaczyć pewne ruchy złożone, właściwe niektórym gatunkom zwierząt a odziedziczone od przodków. Na karb dziedziczenia ruchów odruchowych możemy też położyć, przynajmniej w części, instynkt zwierząt oraz pokrewne mu zjawiska.

IV. Oceny i sprawozdania.

M. Zieleniewski: **Ilustrowany opis krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych hydropatycznych i klimatyczno-leczniczych.** Wydanie II. Kraków 1894. in 8⁰, str. VIII. i 117. z 20 ilustracyami.

Do licznych prac treści balneologicznej, jakiemi od lat 40-tu zasila Dr. Zieleniewski nasze piśmiennictwo (najpierwsza publikacya: *Wody lekarskie Szczawnickie*, wydana w roku 1853), przybyła świeżo nowa, powyżej zatytułowana a ogłoszona z powodu zamiaru przedstawienia zbiorowo naszych zakładów zdrojowych w r. b. na wystawie lwowskiej, jak również dla zaznajomienia się z niemi szerszej publiczności; dotychczas bowiem nie posiadaliśmy książki opisującej wszystkie nasze zakłady zdrojowe, hidropatyczne i klimatyczno-lecznicze.

Wspomniana publikacya Dra Z. zawiera jasny obraz obecnego stanu naszych zakładów, podaje treściwy rys ich powstania i historycznego rozwoju, topografii, klimatologii i statystyki, wspomina o kosztach pobytu w nich i poucza o skutkach z użycia ojczystych wód mineralnych. Zestawiając porównawczo nasze wody mineralne z podobnemi cudzoziemskiemi co do składników rzeczywiście najważniejszych, zredukowanych do głównych czynników (siarka, żelazo, kwas węglowy, sól kuchenna i t. d.) wykazuje liczbowo (co do niektórych zdrojów) wyższość ich nad zagranicznemi, uwydatniając ich ważność leczniczą i doniosłe znaczenie.

Śmiało przeto powiedzieć można, iż wspomniana książka posłuży za podręcznik i przewodnik do wszystkich naszych zakładów zdrojowych, hidropatycznych i klimatyczno-leczniczych, którego dotychczas nie dostawało w literaturze naszej.

Zakłady zdrojowo-lecznicze opisuje autor w porządku abecadłowym ułatwiając czytelnikowi łatwiejsze zaznajomienie się z niemi.

Wiele miejscowości krajowych, posiadających zdroje mineralne, ale dotąd wcale do użytku nie urządzonych lub zaniedbanych (Głębokie, Inowładzk, Latoszyn i t. d.) słusznie pominięto; natomiast opisane są zdrojowiska na Szląsku pruskim a nawet morskie kąpiele Pomorza i Prus zachodnich jako licznie przez polską publiczność odwiedzane. Szkoda, że autor nie wspomniał Połągi, obecnie jako kąpielisko morskie dobrze się rozwijającej.

Mimo wielkiego umiłowania ze strony autora naszych zakładów zdrojowo-leczniczych, nie jest ta praca bezwzględnym dla nich panegirykiem, gdyż w opisie prawie każdego zakładu najwyraźniej wymienia wszelkie jego niedostatki i usterki, tudzież wskazuje na potrzebę ulepszeń higienicznych i balneotechnicznych nie cierpiących zwłoki, na które niedawno a słusznie zwrócono uwagę w *Przeglądzie Lekarskim* (z r. 1893. Nr. 37).

Liczne (20) ilustracye przedstawiające widoki zakładów zdrojowo-leczniczych, pięknie odbite, ozdabiają pracę Dra Z. skreśloną jasno, przystępnie i zrozumiale dla szerokiej nawet publiczności. Pracę tę szczególnie zalecić możemy lekarzom, zarządom zdrojowisk i publiczności mającej odwiedzać nasze zakłady zdrojowo-lecznicze. Wydanie wspomnianej publikacyi w chwili zamiaru przedstawienia zbiorowo zdrojowisk ojczystych na wystawie krajowej, jest bardzo na czasie.

Dr. F. M.

Choroby zakaźne.

H. Eichhorst (w Zurychu): **O powtórnem zarażeniu się kiłą** (*reinfectio syphilitica*).

Pytaniem, czy można dostać drugi raz kiły, zajmowano się oddawna a nawet jest ślad, że jeszcze w roku 1550 Bartłomiej Maggi starał się wyświecić tę okoliczność.

Gdy Gascoyen, Caspary sami widzieli kilkanaście a z piśmiennictwa zebrali jeszcze kilkadziesiąt przypadków powtórnego zarażenia się kiłą, wyznali tak doświadczeni syfidologo-

wie jak Ricord, Baerensprung i Sigmund, iż nigdy tego nie widzieli tak, iż pewna część syfilidologów jest zdania, że dwa razy kiły dostać nie można. Jeżeli się uwzględni, że od pracy Gascoyena, który do roku 1874 zebrał 11 własnych a 60 obcych przypadków powtórnego zarażenia się kiłą, udało się z całego piśmiennictwa zgromadzić tylko 23 podobnych przypadków, to nawet pomijając niepewność niejednego spostrzeżenia przyjść się musi do przekonania, iż w każdym razie nabycie kiły po raz drugi jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Dlatego zasługuje na uwagę spostrzeżenie autora tyczące się przypadku, w którym chory po spółkowaniu w Styczniu r. 1893. dostał wrzodu twardego, później w zwykłym czasie ogólnych objawów kiły na skórze, błonach śluzowych i w gruczołach limfatycznych, odbył systematyczne leczenie, w którem spotrzebował na 24 razy 120 gramów szaruchy prócz 15 gramów jodku potasu i w dniu 16. Września 1893. jako wyleczony opuścił szpital. Po spółkowaniu w dniu 20. Grudnia 1893. pokazała się zmiana, która w połowie Stycznia 1894. przybrała wszystkie cechy wrzodu twardego, po którym znów pojawiły się w zwykłym także czasie właściwe zmiany na skórze, błonach śluzowych i w gruczołach limfatycznych. Powtórne a zwykłe leczenie usunęło znów wszystkie te objawy choroby.

Przypadek ten zdaniem autora jest bardzo ważny, bo przemawia naprzód zatem, że kiła jest chorobą uleczną i podlega w tej mierze tym samym prawom, co i inne choroby. Na szczególniejszą uwagę zasługuje krótki, bo tylko 3 miesieczny okres czasu między wyleczeniem się po pierwszem zarażeniu się a zarażeniem powtórnem. W przypadkach powtórnego zarażenia się kiłą dotychczas opisanych czas ten zwykle wynosił lata a tylko 3 znalazł autor, w których zarażenie się powtórne nastąpiło po 5, 15 i 18 miesiącach. (*Münch. med. Wochenschrift.* 17. Kwietnia 1894). *R.*

Choroby wewnętrzne.

V e i l l o n (w Paryżu): **Badania nad etyologią oraz patogenezą ostrych zapaleń gardła niebłonicowych.**

V. zbadał bakteryologicznie 22 przypadków ostrego zapalenia gardła, z których 10 przedstawiało się pod względem klinicznym jako *angina catarrhalis*, 7 jako *angina pseudomembranosa* i 5 jako *angina phlegmonosa*. W badaniu tem uwzględnił autor jedynie te przypadki, w których choroba wystąpiła samoistnie, wykluczył zaś wszelkie zapalenia gardła powstałe na tle jakiejś innej choroby ogólnej.

Na błonie śluzowej migdałków a względnie w jej tkance wykazał autor w wymienionych przypadkach trzy gatunki drobnoustrojów chorobotwórczych, mianowicie paciorkowiec ropotwórczy (we wszystkich przypadkach), pneumokok (w 16 przypadkach) i gronowiec złocisty (w 2 przypadkach).

Jakkolwiek wszystkie te gatunki wykazać można niekiedy w jamie ustnej ludzi zdrowych (paciorkowiec ropotwórczy w 5·5%, pneumokoki w 15·5—20% przypadków), wnosi V. ze stałości, z jaką w swoich 22 przypadkach wykazał paciorkowiec, że odgrywa on w etyologii samoistnych, ostrych zapaleń gardła ważną rolę oraz że forma nieżytowa, wrzekomo błonicowa i ropna, stanowią tylko rozmaite stopnie jednej i tej samej choroby, zależne od tego, czy bakterye rozwijają się głównie na powierzchni błony śluzowej, w jej tkance lub też w tkance podśluzowej.

Paciorkowiec wyhodowany przez autora jest ten sam, co paciorkowiec ropotwórczy i drobnoustrój róży; może on więc sprowadzić śmierć przez ogólne zakażenie ustroju. (*Archives de méd. expér. et d'anat. pathol. T. VI. 1894. Nr. 2*). *Dr. Klecki.*

Chemia lekarska.

B e r l i o z i L é p i n o i s: **O rozmaitych połączeniach chloru w moczu.**

Pewna część chloru, zawartego w moczu, nie daje się wykazać zwykłymi odczynnikami, używanymi powszechnie w praktyce, a występuje dopiero po wyprażeniu pozostałości, otrzymanej po przesączeniu i odparowaniu moczu, z którego wydzielono chlorki zapomocą azotanu srebrowego. Ta niejako utajona część chloru jest w moczu zawarta w połączeniach organicznych a uwalnia się z nich przez prażenie.

Autorowie przekonali się przedewszystkiem, że mocz nigdy nie zawiera chloru w postaci wolnego kwasu solnego; w szeregu 24-godzinnych moczów, nie zawierających składników patologicznych i pochodzących od ludzi zdrowych, oznaczali całkowitą ilość chloru w danej objętości, ilość chloru w chlorkach stałych oraz obliczali ilość chloru w połączeniach organicznych. Okazało się, że ilość chloru, znajdującego się w moczu w związkach organicznych, jest dosyć niestałą; stanowi ona bardzo poważną część całkowitej ilości chloru, gdyż wynosi jej 10 — 40%. Ilość chloru, zawartego w związkach organicznych jest stosunkowo znaczna w moczach o wielkim ciężarze gatunkowym, w których całkowita ilość chloru jest niewielka, lub co najwięcej, średnia. Badając wpływ trawienia pokarmów mięszanych na ilość chloru w moczu, wykazali autorowie, że krzywe całkowitej ilości chloru oraz chloru, zawartego w chlorkach stałych, są mniej więcej równoległe. W stanie czczym ustroju obiedwie te krzywe opadają, krzywa ilości chloru, zawartego w połączeniach organicznych, opada także. Prawie bezpośrednio po przyjęciu pokarmu (około południa) ostatnia krzywa poczyna się podnosić, wówczas, gdy dwie pierwsze ciągle jeszcze opadają tak, że po południu trzecia krzywa może dosięgnąć lub nawet przewyższyć krzywą chloru, zawartego w chlorkach stałych. Wieczorem trzecia krzywa poczyna opadać, dwie pierwsze krzywe podnoszą się stopniowo po przejściu poprzednio pewnego *minimum*, przypadającego na koniec trawienia. Jednem słowem podczas trawienia krzywa ilości chloru, zawartego w chlorkach organicznych, zachowuje się wprost odwrotnie względem krzywych całkowitej ilości chloru i ilości chloru, zawartej w chlorkach stałych.

W końcu autorowie zwracają uwagę na ważność porównawczych oznaczań chloru w soku żołądkowym i moczu w rozmaitych stadyach trawienia oraz w rozmaitych stanach patologicznych. (*Archives de méd. expér. et d'anat. pathol. T. VI. 1894. Nr. 2*). *Dr. Klecki.*

Medycyna sądowa.

H e s s e: **Ocena sądowo-lekarska ropni mózgowych.**

W początku pracy swej omawia autor etyologię, objawy kliniczne i przebieg ropni mózgowych. Główną część pracy stanowią uwagi tyczące się ocenienia sądowo-lekarskiego ropni mózgu. Autor poddaje uszkodzenia cielesne, które wywołują ropień mózgu, pod paragraf 224. kodeksu niemieckiego (§. 156. obecnego kodeksu austr. a §. 232. projektu). Jeźli w przypadkach urazu zadanego w głowę podejrzywa się powstanie ropnia mózgu, należy aż do czasu wystąpienia pewnych objawów, wstrzymać się ze stanowczem orzeczeniem. Jeźli po lekkiem uszkodzeniu głowy nastąpi śmierć a sekcya wykaże ropień mózgu, należy szukać jego przyczyny. Jeźli się ją znajdzie a nie będzie ona zależeć od zadanych obrażeń, wówczas staje się lekkie w pojęciu klinicznem uszkodzenie ciała śmiertelnem w pojęciu sądowo-lekarskiem, jednak przy uwzględnieniu szczególniejszego cielesnego usposobienia (§. 129. b. procedury karnej). Jeźli uraz, sam przez się lekki, zadano człowiekowi mającemu ropień w mózgu i wskutek tego nastąpiło pogorszenie stanu, należy uraz uznać za ciężkie uszkodzenie ciała.

Jeźli w przypadkach, w których sekcya wykaże ropień mózgu, znajdą się także inne uszkodzenia lub zmiany, należy rozważyć, czy ropień nie jest następowy, t. j. przerzutowy lub czy stanowi on cierpienie pierwotne lub pochodzące z urazu. Szczególnie zwraca autor uwagę na zboczenia w uchu a uwzględniając, iż zboczenia te powstają wcale często po urazie, sądzi, że i ropień mózgu, powstający następowo w tych przypadkach, należy uważać za skutek urazu.

W końcu wspomina autor o dość częstych przypadkach nagłej śmierci, w których sekcya wykazuje ropień mózgu.

(Oceniając uraz lekki, zadany człowiekowi z ropniem mózgu, za ciężkie uszkodzenie ciała, ponieważ stan chorego po urazie pogorszył się, należy zwrócić uwagę na okoliczność łagodzącą z §. 129 b. proc. kar. Przypisek sprawozdawcy). (*Vierteljschrift für ger. Medizin. Tom VII. Z. 1. 1894*).

Dr. Wachholz.

Berkhan. **O zboczeniach w piśmie pod względem sądowo-lekarskim.**

Nawiązując do pracy swej: O zboczeniach w mowie i piśmie ogłoszonej w r. 1889, zwraca autor uwagę na dyagnostyczne znaczenie zboczeń w piśmie w przypadkach wrodzonej tępoty umysłu (idyotyzmu). U ludzi umysłowo tępych zdarza się brak należytego zrozumienia głosek, ich porządku celem utworzenia odpowiednich brzmień i słów, wreszcie brak poczucia tyczący się układu słów w zdaniu. Ludzie ci, pisząc n. p. za dyktatem, opuszczają litery, lub słowa, czasem przestawiają litery lub zastępują je innemi. Autor zaleca próby pisma za dyktatem tak celem przekonania się o poczytalności, jak i zdolności rozporządzania swemi sprawami u osób badanych. W tej mierze z polecenia sądu pracę ilustruje autor przykładami i próbkami pisma ludzi umysłowo tępych. (*Viertjschr. f. ger. Med. Tom VII. 1. 2. 1894*). *Dr. Wachholz.*

Hofmann: **Morderstwo przez rany kłute. Oznaczenie czasu śmierci.** Orzeczenie Wydz. lek. w Wiedniu.

W przypadku odnoszącym się do zwłok kobiety, okazujących liczne rany kłute na szyi, klatce piersiowej i rękach, ocenił lekarz oglądający zwłoki czas, który mógł upłynąć od chwili śmierci do jego przybycia, na 1—2 dni. Znawcy sądowi ocenili przy sekcyi, odbytej nazajutrz po stwierdzeniu śmierci przez pierwszego lekarza, czas ów na 7 dni. Wprawdzie przyznali znawcy, iż stężenie pośmiertne zwłok trwa zwykle najdłużej 72 do 84 godzin, to jednak mimo stwierdzenia obecności lekkiego jeszcze stężenia zwłok oświadczyli się za czasem 7 dni, który mógł upłynąć od chwili śmierci, a to z tego powodu, ponieważ zwłoki były bardzo niedokrewne i spoczywały w wilgotnym i chłodnym pokoju a zatem znajdywały się w korzystnych okolicznościach dla dłuższego utrzymania się stężenia.

Z powodu sprzeczności, jaka zachodziła co do oznaczenia czasu, który upłynął od zgonu, między pierwszym lekarzem a znawcami sądowymi, oddano rzecz pod ocenienie wydziału, który przez usta referenta swego Hofmanna, wydał następujące orzeczenie:

1) nic nie przemawia przeciw oznaczeniu czasu, o który chodzi, siedmioma dniami;

2) pewne, przy sekcyi napotkane zmiany, jak dość wybitne plamy pośmiertne mimo mocnej niedokrewności zwłok i rozpad rozpływny mózgu, przemawiają owszem za tem, iż od chwili śmierci aż do sekcyi upłynęło kilka, być może 7 dni.

H. roztrząsając ten przypadek, zwraca uwagę na znaczenie wyraźnych plam pośmiertnych, które wymagać musiały koniecznie dłuższego, niż zwykle czasu do swego powstania, jeżli zwłoki były w wysokim stopniu niedokrewne. Resztka krwi pozostała w ustroju mogła tylko zwolna i po dłuższym czasie opuścić się w jedno miejsce i utworzyć plamy pośmiertne. Wreszcie i rozmiękczenie mózgu w skutek maceracyi płynu mózgordzeniowego (nie było bowiem śladu gnicia) przemawiało za upływem dłuższego czasu od zgonu (*Wiener klin. Wochenschr. Nr 5. 1894*). *Dr. Wachholz.*

Higiena.

Schroeder: **Otrucie mięsem i kiełbasami.**

W okręgu weissenfelskim zapadło w 1892 r. 100 osób po użyciu mięsa i kiełbas, sporządzonych z mięsa krowy, którą zabito z powodu zarazy pyskowo-racicznej, wśród objawów jak dreszczów, wymiotów, biegunki, bólów żołądka, zawrotu i bólu głowy.

Objawy te wystąpiły w 12—48 godzin po spożyciu a ustąpiły w 1—3—4 dni. Jedna osoba zmarła. Sekcya wykazała ostry nieżyt żołądka i jelit. Błona śluzowa tych narządów była mocno rozpulchniona, nastrzykana; w jelitach znaleziono obfitą wypocinę płynną, białawą. Z objawów i obrazu sekcyjnego wypada, że jad kiełbasiany działa naprzód drażniąco na przewód pokarmowy a potem poraża czynność ośrodków mózgu. Badanie bakteryologiczne kiełbas wykryło *bac. proteus vulgaris, bac. prodigiosus* i *motilis*.

W końcu przytoczyć należy, iż autor zamyka pracę swą wyczerpującem zestawieniem właściwego piśmiennictwa. (*Vierteljschr. f. ger. Med. Tom VI. Zeszyt dodatkowy*).

Dr. Wachholz.

Toksykologia.

Blaschko: **Przyczyny otrucia lodami waniliowemi.**

James White badał przyczyny trującego działania wanilii a to zachęcony przypadkami otrucia u robotników zajętych przy przypiekaniu strączków wanilii. Okazywali oni obrzmienia zapalne skóry twarzy, przedramion i rąk, jakoteż pęcherze i wysypki guzkowe. Autor dowiedział się, że we wszystkich niemal fabrykach wanilii zapadają robotnicy wśród podobnych objawów ze strony skóry. Do tej chwili przypuszczano, iż objawy otrucia wanilią tak ze strony skóry, jak i wewnętrzne po spożyciu n. p. lodów waniliowych są następstwem rozkładu wanilii pod wpływem pewnych drobnoustrojów. Tymczasem przekonał się White, iż przyczyną trującego działania wanilii jest domieszka z orzecha drzewa, zwanego wszą słonia (*anacardium occidentale*), którego używają we fabrykach wanilii do nadania gorszym gatunkom wanilii barwy właściwej gatunkom jej doborowym.

B. zwraca uwagę władz na to, aby lichych gatunków wanilii nie dopuszczały do handlu.

W końcu oświadcza B., iż byłoby właściwem, aby nowa farmakopea objęła lód wyrabiany z wody przekroplonej w lekospis i aby apteki ten cenny środek leczniczy były obowiązane mieć każdej chwili na składzie. Wszakżeż bowiem lodu w razie nagłej potrzeby u cukierników i w innych handlach, zwłaszcza w lecie dostać nie można, lub też dostaje się lód tak nieczysty, iż go do wewnętrznego użytku n. p. w krwotokach płucnych użyć nie można. Wobec ustawy zapewniającej spokój niedzielny, gdy handle są zamknięte, nie można dostać lodu w razie nagłej potrzeby. Tak więc należałoby się, aby apteki posiadały lód doborowy i sprzedawały go w stosunku do wagi. (*Vierteljschr. f. ger. Med. 1894. III. S. VII. T. 2. Z.*). *Dr. Wachholz.*

Corin i Unsiaux: **Badania nad otruciem fosforowem.**

Na podstawie wielu doświadczeń, które autorowie podjęli celem zbadania otrucia fosforowego, dochodzą oni do następujących wyników:

We krwi zwierząt w sposób podostry fosforem otrutych nie znajduje się w osoczu krwi fibrynogenu i fermentu włóknikowego; ztąd też krew bywa w przypadkach podostrego otrucia płynna. Ponieważ mimo ogólnej płynności krwi znajdują się zakrzepy w żyle bramnej, w żyłach wątrobowych zaś krew już jest płynną, przeto należy przypuścić, iż przewód pokarmowy wytwarza fibrynogen i ferment włóknikowy; płynność zaś krwi w żyłach wątrobowych przemawia za tem, że wątroba niszczy dwa powyższe składniki krwi.

Podwiązanie żyły bramnej wywołuje te same zmiany we krwi, co i podostre otrucie fosforem; gdy w tym razie nie można wątroby podejrzywać o niszczenie tych składników krwi, przeto należy przypuścić, że i inne narządy mogą je niweczyć a mianowicie, że może przewód pokarmowy je pochłania, względnie ich nie wytwarza. W przypadkach podostrego otrucia fosforem krew dlatego jest płynną, ponieważ, jak się zdaje, wątroba niszczy fibrynogen i ferment włókni-

kowy a zmieniony przez otrucie przewód pokarmowy wytwarza je w mniejszej ilości.

Płynność krwi w przypadkach uduszenia (śmierci nagłej) jest skutkiem powstrzymania, zdaje się, przez cytoglobinę Schmidta tworzenia się fermentu włóknikowego.

Wreszcie wykazują autorowie dodatkowo, iż wynaczynionki powstają w otruciu fosforem przez zmiany w ścianach naczyń i zatory w nich tłuszczowe, zatem tłómaczą oni powstanie wynaczynionek nieco odmiennie od Heintza i Silbermanna. (*Vierteljschr. für ger. Medicin. 1894. III. S. VII. T. 2. Z.*). *Dr. Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

Panecki (w Gdańsku): **Przyczynek do leczenia braku miesiączki.** Piśmiennictwo ginekologiczne ostatnich 10 lat zawiera bardzo mało o leczeniu braku miesiączki, co tem bardziej zadziwia, że przywrócenie miesiączki usuwa nieraz bardzo wiele dolegliwości.

W rozprawie swej zastanawia się autor nad leczeniem tylko tych przypadków, w których brak miesiączki jest przyczyną rozmaitych objawów nawału krwi i dolegliwych nerwic, jak bólu głowy i krzyżów, duszności, przypadków żołądkowych obok prawidłowego przynajmniej napozór stanu części płciowych, wspomina o użyciu wewnętrznem santoniny (wieczorem raz dziennie po 5 centygramów), nadmanganezanu potasowego i żelaza i przychodzi do leczenia miejscowego, do którego zalicza różne manipulacye mające na celu zwiększenie dopływu krwi do macicy i jej błony śluzowej, jak użycie zgłębnika, skaryfikacye, wstrzykiwania gorące i sposoby podane przez Thure Brandta, o których wyraża się, iż im nie można odmówić znaczenia, które jednak tę mają niedogodność, iż po zaprzestaniu leczenia zazwyczaj miesiączka bywa coraz skąpszą, aż wreszcie po 4 do 8 miesiącach ustaje zupełnie.

Ostatnimi dopiero czasy zaczęto do leczenia braku miesiączki używać elektryczności, nie ustalono jednak ani jej rodzaju ani sposobu użycia tak, iż lekarz praktyczny nie wie, czego ma się trzymać pod tym względem.

Otóż autor na podstawie własnych, dosyć licznych doświadczeń i spostrzeżeń oświadcza się przeciw używaniu prądu galwanicznego przez wprowadzenie bieguna czy dodatnego czy ujemnego do macicy z przyczyny żrącego, chemicznego działania tego czynnika fizycznego a za użyciem prądu indukcyjnego wprowadzonego do wnętrza macicy za pośrednictwem obydwóch biegunów, do czego mechanicy W. A. Hirschmann w Berlinie i H. Haertel we Wrocławiu wyrabiają stósowne giętkie, dwubiegunowe zgłębniki maciczne. Zgłębnik taki wprowadza się, z zachowaniem oczywiście prawideł aseptyki, do jamy macicznej i łączy z przyrządem indukcyjnym nastawionym na prądy tak mocne, jak je chora znieść może. Zdaniem autora pacyentki przyzwyczajają się bardzo rychło do coraz mocniejszych prądów indukcyjnych, od których nie należy się obawiać nic złego.

Autor przypisuje wielkie znaczenie temu, czy prąd indukcyjny pochodzi ze ślimacznicy drugorzędnej z drutem cienkim a długim czy też ze ślimacznicy z drutem grubym a krótkim. Zazwyczaj wystarcza prąd ze ślimacznicy pierwszego rodzaju a tylko w przypadkach uporczywych, u osób starszych, które nigdy nie rodziły, nie można obejść się bez prądu ze ślimacznicy z drutu grubego a krótkiego.

Jeżeli wązkość szyjki macicznej nie pozwala na łatwe wprowadzenie zgłębnika, ucieka się autor z bardzo dobrym skutkiem do zastósowania bieguna ujemnego prądu galwanicznego. W razie, jeżeli szyjka, mianowicie w ujściu wewnętrznem, pozwalała na wprowadzenie najcieńszego zgłębnika z glinu (*aluminium*), to trzy lub cztery posiedzenia po 5 minut z użyciem prądu o 40 miliamperach wystarczały do wprowadzenia z jak największą łatwością zgłębnika dwubiegunowego, odpowiadającego swemi wymiarami dosyć grubemu zgłębnikowi macicznemu z guziczkiem. Przez to zastósowanie prądu galwanicznego unika się zupełnie krwawego rozszerzenia szyjki w razie zwężenia.

O liczbie i trwaniu posiedzeń elektrycznych nie można nic pewnego z góry powiedzieć. Autorowi wystarczało do skutku posiedzeń 5 do 30 po 5 do 15 minut.

W przypadkach, które będą prawdopodobnie uporczywe, dobrze jest rozpocząć leczenie zaraz po ustaniu dolegliwości z braku miesiączki i odbywać posiedzenia codziennie aż do najbliższego peryodu; w przypadkach lżejszych, w których n. p. były już peryody, wystarczy rozpoczęcie leczenia na 10 dni przed spodziewaną miesiączką.

O skutku ostatecznym nie wypowiada autor jeszcze stanowczego zdania, ale zapewnia, iż w jego przypadkach jeszcze w rok po leczeniu miewały kobiety miesiączkę i wolne były od dolegliwości z jej braku.

Za zaletę swej metody uważa autor, iż nie wymaga ona żadnych szczególniejszych wiadomości ani teoretycznych ani technicznych i że jej przeto użyć może każdy lekarz. (*Therapeutische Monatshefte. Marzec 1894*).

— J. J. Schmidt: **O użyciu tyoformu.** Tyoform (*thioformium*), sól bizmutowa kwasu dytyosalicylowego, jestto proszek szaro-żółty, bardzo lekki, bez smaku i woni, nierozpuszczający się ani w wodzie, ani w wyskoku i ani w eterze i z tej przyczyny nie nadający się do badania bakteryologicznego. Ponieważ jednak po posypaniu tyoformem rany wytwarza się rozczyn dytyonu, który według doświadczeń Hueppego bardzo dzielnie działa przeciw bakteryom, przeto już teoretycznie spodziewać się można, iż tyoform będzie środkiem desinfekcyjnym.

Z doświadczeń terapeutycznych autora wypada, że tyoform w postaci proszku na świeże rany użyty wysusza je, chroni od zarodków chorobowych z zewnątrz i przyspiesza nadzwyczaj zabliźnienie; zasługuje przeto na zastósowanie do leczenia rozległych oparzeń, wrzodów, osobliwie na kończynach dolnych, w ogólności wszelkich ran powierzchownych, mających mało skłonności do zabliźnienia się.

Autor używa tyoformu zewnętrznie w ten sposób, iż po oczyszczeniu i desinfekcyi rany lub oparzeliny słabym rozczynem sublimatu posypuje ją tyoformem, na który daje watę Brunsa a następnie opaskę. W oparzeniach wystarczyło nieraz do zupełnego wyleczenia jedno opatrzenie; we wrzodach podudzia autor zmienia je po trzech dniach, usuwa strup z tyoformu i wydzieliny powstały i na nowo zasypuje tyoformem. W ten sposób za odnawianiem opatrzenia co trzy dni wrzód goi się ciągle a chorzy mogą bez przerwy oddawać się pracy. U osób tkliwych sprawia tyoform nieco bólu po zasypaniu, ból ten jednak przemija wkrótce.

Na podstawie doświadczeń prof. L. Hoffmanna w Sztutgarcie spróbował autor także wewnętrznie (po 0·30 trzy razy dziennie) tyoformu w przewlekłym nieżycie jelita grubego i przekonał się o pomyślnem jego działaniu w przypadku, w którym woda ani kissingska ani karlsbadzka nie odniosły skutku. Cena tyoformu jest jeszcze dosyć wysoka, bo równa cenie jodoformu; gdy jednak tyoform jest lekki a 10 gramów zazwyczaj do opatrzenia nawet rozległych ran wystarcza, przeto leczenie nie wypada za drogo w porównaniu do korzyści. (*Therap. Mtshefte.* Kwiecień 1894).

— Zdaniem A. Forela, profesora psychiatryi w Zurychu, zaparcie nawykowe żywota (*obstipatio habitualis*) jest bardzo rzadko następstwem zmian miejscowych w jelitach, najczęściej zaś objawem nerwicy przewlekłej, mającej ostatecznie źródło swe w mózgu i dlatego leczy ją hipnotyzmem. W tym celu hipnotyzuje chorą (bo o chore rozchodzi się zazwyczaj) a dotykając się rękoma swemi jej brzucha przez suknie, wmawia w nią, iż zaparcie stolca u niej jest skutkiem prostej opieszałości jelit, dającej się łatwo usunąć przez wpływy czysto psychiczne i że odtąd wypróżnienia dobrowolne będą następować regularnie, z początku co dwa dni a potem codziennie. To postępowanie terapeutyczne ma być według doświadczenia Forela bardzo skuteczne.

— Profesor patologii wewnętrznej w Juryewie (Dorpacie), Wasyliew, użył w kilku przypadkach raka organów wewnętrznych pioktaniny i otrzymał skutki bardzo zachęca-

jące do dalszych prób w tej mierze. Tak n. p. w jednym przypadku niewątpliwego raka żołądka powiększył się znacznie ciężar ciała, ustały odbijania się i wymioty i powrócił apetyt. Podobny skutek był w drugim przypadku raka żołądkowego zrosłego już z wątrobą.

Prof. Wasyliew zadaje pioktaninę w pigułkach po 6 centygramów trzy razy dziennie lub w czopkach według przepisu:

49) Rp. *Pyoctanini centigrm.* 6
Exti belladonnae „ 2
Butyri de cacao grm. 2
M. f. l. a. suppositorium.

(Porówn. przepis 19. w Nr. 7. *Przeglądu Lek.* z r. b. na str. 92).

— Jennings zaleca w raku macicy błękit metylenowy (*bleu de methylène, Methylenblau*) zewnętrznie:

50) Rp. *Methyleni coerulei*
Tannini
āā 0·25
Opii pulverati 0·05
Olei olivarum guttas 15
Butyri de cacao 45·00
M. f. l. a. baculus (crayon médicamenteux).

S. Wprowadzać codziennie świeży pręcik do szyjki macicznej i przytrzymywać go na miejscu tamponem.

— W ostrym i przewlekłym nieżycie nosa zaleca L. Dessar niuchanie czyli zażywanie jak tabaki proszku:

51) Rp. *Amyli puri* 5·00
Acidi borici subt. pulverati 3·00
Bismuthi subnitrici 2·00
Mentholi 1·00
Tannini 0·20
Cocaini muriatici
Aristoli āā 0·05
M. f. p.
DS. Zewnętrznie.

(*La semaine médicale 18. Kwietnia 1894*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

XVIII. Zgromadzenie ogólne w dniu 7. Lutego 1894 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Sekretarz Dr. J. Surzycki. Obecnych członków 18.

1) Przewodniczący zdaje sprawę z rezultatów, którymi Wydawnictwo, które w Styczniu 1894 r. rozpoczęło 19 rok swego istnienia, poszczycić się może a mianowicie z wydawania dalszych zeszytów Seryi II. Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej, która już jest na zakończeniu, z wydania dzieła prof. W. Jaworskiego: *Podręcznik chorób żołądka*, które doskonale się rozchodzi i wkrótce będzie wyczerpane, i z druku ginekologii Dra W. Bylickiego, która już jest w większej części skończona i będzie rozesłana członkom i prenumeratorom jako premium bezpłatne za rok 1894 i 1895.

Dzieło prof. Jaworskiego rozesłano jako premium bezpłatne za r. 1893. Ponieważ jest nadzieja, że po skończeniu II. Seryi Rozpraw będą napływać prace do Seryi III., upoważniono przewodniczącego do wydawania i dalszej Seryi, jeżeli uzna to za stósowne i jeżeli to dla funduszów Wydawnictwa okaże się korzystnem.

Z bieżących spraw przewodniczący zawiadamia, że Wydawnictwo zapowiedziało swój udział w powszechnej krajowej Wystawie we Lwowie w r. b. odbyć się mającej, że do członków rozesłano odezwy i przypomnienia z prośbą o wyrównanie zaległości i że skutek ich, jak dotąd, jest wcale pomyślny.

Co do ilości członków, ubyło przez śmierć 3 członków czynnych (Drowie Feigel Longin, Łątkiewicz Leonard i Zaremba Tomasz) i 5 prenumeratorów, (zmarł Dr. Godlewski Kazimierz) a wykreślono 4 prenumeratorów, nie płacących prenumeraty mimo kilkakrotnych upomnień. Natomiast przybyło 2 czynnych i 28 prenumeratorów. Razem stanowi to liczbę 240 członków a mianowicie 3 honorowych, 95 czynnych i 142 prenumeratorów czyli o 22 więcej, aniżeli w dniu 1. Stycznia 1893 r.

2) Zmarłym członkom Walne Zgromadzenie oddaje cześć przez powstanie.

3) Po przedstawieniu przez przewodniczącego rezultatu skontra kasy i rachunków przez Dra Ściborowskiego w obecności Dra Surzyckiego uchwalono Wydziałowi absolutoryum za r. 1892.

4) Do komisyi kontrolującej rachunki z r. 1893. wybrano prof. Wałentowicza, Dra Buzdygana a w zastępstwie Dra Rosenblata.

5) Podskarbi Wydawnictwa zdaje sprawę z dochodów i rozchodów oraz z rozsprzedaży dzieł:

Dochód wyniósł 1299 złr. 91 ct. (a mianowicie odsetki od kapitału 241 złr. 82 ct., składki wstępne 20 złr., składki roczne 458 złr. 9 ct., sprzedaż dzieł 361 złr. 57 ct, sprzedaż rozpraw 115 złr. 74 ct. Dochód nadzwyczajny 2 złr. 69 ct., zaliczka księgarska 100 złr.).

Rozchód wynosił 2013 złr. 58 ct. (a mianowicie: nakład Rozpraw 176 złr, nakład Podręcznika chorób żołądka prof. Dra Jaworskiego 820 złr. 74 ct., zaliczka drukarni na ginekologię Dra Bylickiego 780 złr. 76 ct. Druk odezw własnych i inseratów obcych 42 złr. 50 ct., koszta introligatorskie 11 złr. 75 ct. Wynagrodzenie administratora 150 złr., rozsyłka Dzieł i Rozpraw 16 złr. 88 ct., portorya pocztowe 12 złr. 62 ct., wynagrodzenie kursora 2 złr., procent od zastawu papierów 33 ct.).

Niedobór wynosi więc 713 złr. 67 ct. Majątek Wydawnictwa z końcem r. 1892. wynosił 6545 złr. 62 ct., odciągnąwszy z tego niedobór z r. 1893. w kwocie 713 złr. 67 ct, pozostaje kapitał w kwocie 5831 złr. 95 ct., z którego 2711 złr. 80 ct. umieszczono w papierach publicznych, 3009 złr. 3 ct. w akcepcie wekslowym, 19 złr. 67 ct w książeczce wkładkowej Kasy Oszczędności, 5 złr. 12 ct. w książeczce wkładkowej Towarzystwa Zaliczkowego a 86 złr. 33 ct. w gotówce. Wartość niewysprzedanych nakładów wynosi 6604 złr. 75 ct. a zaległe składki 677 złr. 7 ct.

Na tem Zgromadzenie zakończyło swą czynność.

Sekretarz: *Dr. J. Surzycki.*

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

... „Obchodzimy dziś święto najwspanialsze ze wszystkich, o których pamięć przechowały nam roczniki medycyny....“ rozpoczął powitalną mowę Bouillaud, otwierając w Sierpniu 1867 roku w Paryżu pierwszy międzynarodowy Zjazd lekarski.

Minęło odtąd niespełna 27 lat i pierwotna myśl lekarzy francuskich, zyskując stopniowo coraz więcej uznania, zakreślając coraz to większe koło działalności w świecie lekarskim, w roku bieżącym już po raz jedenasty przybrała szaty rzeczywistości w ukończonym właśnie Zjeździe międzynarodowym w Rzymie. Potrzebę łączności naukowej i wspólności pracy w rosnącej wciąż dziedzinie nauk lekarskich zbyt ogólnie uznano, ażeby mogła zachodzić wątpliwość co do znaczenia i pożytku dla nauki takich Zjazdów. Zresztą wyniki ich mówią same za siebie. Nie było w ciągu ostatnich trzech dziesiątków lat żadnego ważniejszego zagadnienia, żadnej nowej myśli w zakresie nauk lekarskich, któreby nie były treścią rozpraw na jednym z dziesiątka odbytych Zjazdów. Dość spojrzeć pobieżnie na długi szereg tematów i referatów zjazdowych; dotykają one wszystkich zasadniczych zagadnień naszej nauki i obrobione przez badaczów-specyalistów, służyły lub służą nadal za punkty wytyczne

dla późniejszych poszukiwań. Medycyna współczesna dawno już porzuciła osłonki tajemniczości, jakiemi starali się otaczać ją zawsze dawniejsi jej kapłani; jako jedna z gałęzi nauk przyrodniczych, oparta na ich podstawach dąży szybko naprzód, nietylko nic nie tracąc na swej dostępności i zrozumiałości dla ogółu, lecz przeciwnie świetnemi swemi zdobyczami zyskuje podziw i szacunek i wzbudza zaufanie.

W dzisiejszym, nader złożonym ustroju społeczeństw nauki lekarskie zajęły jedno z najwybitniejszych stanowisk: dawne ich zadanie — leczenie chorób stanowi obecnie zaledwo część obszernego zakresu ich działania. W rozwoju swym weszły one w styczność ze wszystkiemi prawie stronami działalności ducha ludzkiego, wywierając ważny, niekiedy nawet rozstrzygający wpływ w sprawach zarówno prawodawstwa, jak i etyki, zarówno religii jak i polityki. Jaką rolę w tym postępie odegrały Zjazdy międzynarodowe, świadczą tomy sprawozdań ich czynności. Nie należy, rzecz prosta, tylko brać tego w dosłownem znaczeniu: zapewne, na żadnym Zjeździe nie narodziła się jeszcze żadna genialna myśl, nie powstało żadne epokowe odkrycie; są to zjawiska wykłówające się powoli w ciszy klinik, szpitali czy pracowni. Lecz i tu związek gienetyczny z wpływem zjazdów istnieć może bliski: z jednej strony dają one bodziec do badań i zachętę do pracy, z drugiej stanowią ten filtr, przez który przechodząc, myśl nowa pozbywa się nadmiernych domieszek subjektywizmu i wychodzi bardziej obrobiona, krytyczniej opracowana, więcej zbliżona do prawdy.

Lecz nie tylko sama strona naukowa stanowi siłę przyciągającą Zjazdów; ważne nader znaczenie mają tu względy etyczno-społeczne, to niezwykłe podniesienie powagi stanu lekarskiego w oczach ogółu, to wyrobienie poczucia własnej jego siły w społeczeństwie i jednocześnie potrzeby wspólnej dla niego pracy, oto w połączeniu z pewną sumą ambicyj narodowych przedstawia główne motory rozwoju i powodzenia współczesnych Zjazdów. To też dziś każdy z tych kongresów to już nie zwykły Zjazd kilkuset czy nawet kilku tysięcy ludzi jednej specyalności, obradujących nad sprawami swego zawodu; dziś to wielkie święto narodowe, obchodzone uroczyście przez całe prawie społeczeństwo, któremu przypadł w udziale zaszczyt przyjęcia u siebie tego różnojęzycznego tłumu ze wszystkich stron świata cywilizowanego.

Dwudziesto-kilkoletni okres czasu, dzielący nas od pierwszego kongresu lekarskiego, przedstawia stopniowy rozwój tej, obecnie już ustalonej instytucyi międzynarodowej, rozwój w związku i równolegle postępujący do olbrzymich zdobyczy naszej wiedzy w ostatnich trzech lat dziesiątkach. W liczbie uczestników spotykamy nazwiska wszystkich gwiazd świata lekarskiego, w sprawozdaniach wszystkie prace i odkrycia, które zreformowawszy dawną, stworzyły całokształt nowej wiedzy medycznej. Lister i Virchow, Pasteur i Koch i długi szereg innych wybitnych badaczów, przedstawiali na forum tych wszechświatowych uroczystości wyniki niezapomnianych swych badań w różnych gałęziach medycyny.

Jeżeli więc pomimo wiekowych przeszkód, pomimo dotychczasowej przewagi w stósunkach politycznych zasady: *homo homini lupus* ludzkość zachowuje swój ideał pokojowego zbratania się ludów, to medycyna dumną być może, że jej przedstawiciele słowem i czynem w pierwszym szeregu dążą do tego ideału, że szereg ich Zjazdów międzynarodowych przedstawia najwspanialsze manifestacye pokojowe, przejęte najbardziej humanitarnemi zasadami pracy nad rozwojem nauki i dobrem ludzkości.

Niestety.... i na słońcu są plamy, tem więc łatwiej dopatrzeć się ich można w organizacyi Zjazdów, których urządzenie i kierownictwo nadzwyczajne przedstawiają trudności najrozmaitszej natury. Może z pewnych przyczyn czysto miejscowych, może dla stwierdzenia słuszności prawa kontrastów, te „plamy“ w ostatnim kongresie rzymskim zaznaczyły się szczególnie wybitnie, z nadzwyczajną wyrazistością. Do kwestyi tej powrócimy jeszcze poniżej, obecnie przechodząc do opisu samego Zjazdu, w krótkich słowach wspomnieć musimy o działalności dziesięciu jego poprzedników.

Otwarty w dniu 16. Sierpnia 1867 r. przez Bouillauda w wielkim amfiteatrze wydziału lekarskiego w Paryżu I-szy Zjazd międzynarodowy lekarski przedstawił się nader poważnie zarówno liczbą uczestników (1200), jak i doniosłością roztrząsanych tematów. Do tak licznego udziału szczególnie cudzoziemców, około 500, przyczyniła się niewątpliwie wystawa wszechświatowa, jednocześnie odbywająca się w Paryżu.

Prezesem Zjazdu był Bouillaud, główną sprężyną jego sekretarz generalny Jaccoud. Z pomiędzy innych głośniejszych nazwisk spotykamy: Virchowa, Frerichsa, Ricorda, Rouxa, Larreya, Baccellego i innych. Komitet zjazdowy przedłożył następujące tematy:

1) Anatomia i fizyologia gruzełka. Gruźlica w różnych krajach i jej wpływ na śmiertelność ogólną.

2) O objawach ogólnych, sprawiających śmierć po operacyach chirurgicznych.

3) O środkach, jakie mogłyby przedsiębrać państwa w celu zwalczania chorób wenerycznych.

4) O wpływie pokarmów w różnych krajach na powstawanie chorób zakaźnych.

5) Wpływ klimatu, rasy i okoliczności życia na miesiączkowanie u kobiet różnych krajów.

6) O przystósowaniu się ras europejskich do życia w krajach podzwrotnikowych.

7) Entozoa i entofita, mogące rozwijać się u człowieka.

Do najbardziej ożywionych należała dyskusya nad tematem 3-cim, w której sławny Ricord zwalczał propozycyę syfilizacyi w celach zapobiegawczych; tamże zgodzono się na pozostawienie jawnej prostytucyi z oddaniem jej pod ścisły nadzór sanitarny.

Na wniosek prof. Pantaleoniego postanowiono, aby w pewnych odstępach czasu urządzać Zjazdy międzynarodowe, wybierając w tem celu kolejno różne miasta państw cywilizowanych. Miejscem następnego kongresu wybrano Florencyę, stolicę ówczesnych Włoch, gdzie też w dwa lata później odbył się II-gi Zjazd międzynarodowy.

Przewodniczącym tego Zjazdu był profesor de Renzi z Neapolu; udział w nim był stósunkowo bardzo słaby, gdyż liczył tylko 340 członków, z których zaledwo 87 przybyło z zagranicy. Pomimo to poruszono na posiedzeniach kilka ważnych spraw leczniczych i higienicznych. Tematy były:

1) O zakażeniu błotnem. Okoliczności sprzyjające jego rozwojowi w różnych krajach, jego działanie na ustrój człowieka i sposoby leczenia.

2) Wartość lecznicza różnych metod miejscowych w raku; ich wskazania i przeciwskazania.

3) Leczenie ran postrzałowych w stósunku do postępu techniki wojennej i do prawodawstwa międzynarodowego.

4) O stósunkach higienicznych szpitali.

5) Wpływ kolei żelaznych na zdrowie.

6) O okolicznościach sprzyjających rozwojowi chorób endemicznych i epidemicznych w wielkich miastach i o sposobach zapobiegawczych.

7) Prawa i obowiązki lekarza w stósunku do prawodawstw w różnych krajach.

Dyskusya nad pierwszym z tych tematów zajęła cztery posiedzenia poranne; z pomiędzy innych kwestyj zasługują na uwagę debaty nad funkcyą śledziony i nad sprawą palenia zwłok.

Ta ostatnia po raz pierwszy przedstawiona na sąd międzynarodowy, miała znakomitego rzecznika w doktorze Colettim, którego wywody zyskały sympatyę większości członków Zjazdu.

Ten Zjazd z powodu małej liczby członków dał powód wielu t. zw. sceptykom z zasady do przepowiadania rychłego końca kongresom międzynarodowym, jak to przeczuwali już na pierwszym Zjeździe w Paryżu, powstając przeciw myśli peryodycznego urządzania Zjazdów. Większość jednakże członków nie dała się zrazić chwilowem niepowodzeniem i naznaczono termin następnego Zjazdu za 2 lata, wybierając siedzibą jego Wiedeń.

Nastał rok 1871. i z nim krwawe wypadki polityczne, w których państwa Europy zanadto żywy brały udział, aby znaleść czas i możność na spokojne obrady naukowe. Termin więc Zjazdu odłożono na następne 2 lata i w roku 1873. podczas wszechświatowej wystawy w Wiedniu otwarto 2. Września III-ci Zjazd lekarski pod przewodnictwem Rokitanskiego a za współudziałom komitetu, składającego się z prof. Oppolzera, Sigmunda, Benedikta, Schnitzlera, Wittelshoefera. Udział w nim wzięło 671 lekarzy. Jednakże pod względem obfitości i różnorodności treści Zjazd ten pozostał znacznie w tyle poza poprzednimi, ograniczając się wyłącznie do spraw sanitarnych.

Międzynarodowy jego charakter polegał na obecnosci dość znacznej liczby delegatów zagranicznych. Językiem urzędowym był niemiecki, sprawozdania zaś drukowane były w czterech językach: francuskim, włoskim, angielskim i niemieckim. Głównymi tematami obrad były: sprawa kwarantannowa, co do której postanowiono utrzymać kwarantanny morskie, znieść zaś lądowe i rzeczne; drugim zaś tematem była kwestya szczepienia ochronnego ospy, co do którego zgodzono się na przymus i polecono jego wprowadzenie państwom europejskim. Czas trwania obrad na przyszłych Zjazdach postanowiono ograniczyć do tygodnia.

Stósownie do orzeczenia Zjazdu wiedeńskiego IV-ty kongres międzynarodowy odbył się we Wrześniu 1875 roku w Brukselli, otwarty przez króla Belgów w obecności 412 członków. Przewodniczył Vlemingkx, organizacyą zajmowali się głównie Warlomont i Crocq, którym przypisać należy głównie zasługę wprowadzenia po raz pierwszy na tym Zjeździe podziału na sekcye, co w wysokim stopniu dobrze oddziałało na ilość odczytów i przebieg dyskusyi. Sekcyj na razie zrobiono sześć. Drugim nowym pomysłem było urządzenie wystawy narzędzi i aparatów pomocniczych; wreszcie zorganizowano wycieczki w celu poznania urządzeń sanitarnych stolicy Belgii i jej okolic.

Ten więc Zjazd był właściwym prototypem i wzorem dla wszystkich późniejszych. Z poruszonych tematów wymienić należy sprawę narkozy w chirurgii, co do której zarówno eter jak i chloroform miały licznych zwolenników, dalej sprawę odpowiedniego urządzenia na drodze prawodawczej fabryk, obrabiających fosfor, kwestyę przeszczepialności gruźlicy, używania alkoholu w terapii, zapobieganiu epidemii cholery i inne.

Pomimo więc dość skromnego liczebnie udziału kongres ten zaznaczył się wybitnie w szeregu poprzednich i przyszłych Zjazdów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 26. Kwietnia 1894 r.

— N. Pan postanowieniem z dnia 9. b. m. zamianował Dra Henryka Kadyiego, zwyczajnego profesora szkoły weterynarskiej we Lwowie, zwyczajnym profesorem anatomii w tworzącym się Wydziale lekarskim przy uniwersytecie lwowskim.

— Demonstracyjny wykład prof. Jaworskiego, zapowiedziany na przyszłe posiedzenie Tow. lek. krak., wymaga światła elektrycznego, którego *Collegium novum* nie posiada; z tego powodu posiedzenie w dniu 2. Maja odbędzie się wyjątkowo w Zakładzie dla chemii ogólnej przy plantacyach, w sali wykładowej prof. K. Olszewskiego.

— **Trzecie zebranie Izby lekarskiej w Krakowie** odbędzie się w Sobotę 5. Maja b. r. Na porządku dziennym pomieszczono kilka ważnych spraw obchodzących blisko ogół lekarzy, jakoto: ułożenie regulaminu dla rady honorowej przy Izbie lekarskiej, dalej sprawę wniesienia do Ministerstwa sprawiedliwości petycyi o uregulowanie taks sądowo-lekarskich (wspólnie z Izbą lek. lwowską), wreszcie projekt założenia przy Izbie lek. kasy wsparcia dla niesienia pomocy podupadłym lekarzom i ich rodzinom.

— Zapowiedziany na dzień 26. b. m. do Lwowa Zjazd lekarzy powiatowych odwołano.

— Cholera pojawiła się w dniu 7. b. m. znów w Galicyi i to na samej granicy wschodniej nad Zbruczem, w Skale, w Starej Skale, w Siekierzyńcach i w Zielony, w powiatach husiatyńskim i borszczowskim. Według doniesień urzędowych zachorowało do 20 b. m. włącznie 23 osób, z których wyzdrowiały 2, umarło 10 a pozostaje w leczeniu 11 osób. Jak się rozumie samo przez się, zarządziła władza wszystko, czego tylko potrzeba do ograniczenia epidemii.

— Wszyscy, którzy brali udział w międzynarodowych kongresach lekarskich, użalają się, iż nie odnoszą z nich odpowiedniej korzyści z powodu mnogości sekcyj odbywających, jak z natury rzeczy wypada, równocześnie posiedzenia tudzież panującej w obradach wielojęzyczności. Uznaje też *Britsh medical Journal*, że byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by obrady odbywały się w jednym tylko języku i to francuskim, jako języku dyplomatycznym całego świata od traktatu westfalskiego, języku, którym mniej więcej włada przeważna część lekarzy różnych narodowości. Ponieważ jednak mimo ogólnego uznania kosmopolityczności nauki, rzecz ta nie dałaby się przeprowadzić ani tak łatwo ani tak rychło, proponuje tenże dziennik lekarski, by na przyszłość wszystkie prace, wykłady, zdania sprawy i t. d. przychodzące pod obrady kongresu drukowano i rozdawano naprzód członkom kongresu we wszystkich trzech językach, uznanych za urzędowe i przepowiada, że jeżeli się tego nie zrobi, przyszłe kongresy międzynarodowe zejdą do rzędu międzynarodowych pikników, na jaki już zakrawał po części kongres co właśnie w Rzymie odbyty.

— Redaktor wychodzącej w Warszawie *Medycyny*, Dr. H. Dobrzycki, zaproponował na kongresie w Rzymie, by na następnych kongresach utworzyć osobną sekcyę prasy lekarskiej. W naradzie, jaka się

z tej przyczyny odbyła pod przewodnictwem prof. Dra B. Wicherkiewicza z Poznania a za sekretarstwem Dra Mayzla z Warszawy, brali udział prawie wszyscy lekarze Polacy do Rzymu na Zjazd przybyli a nadto Drowie A. Hoffrichter, W. Taren, Werujskij i O. Petersen z Petersburga, M. Baudouin z Paryża, prof. Lange z Kopenhagi, Lucatello z Genewy i prof. N. W. Sklifassowskij z Moskwy i uchwalili jednomyślnie przyjmując wniosek Dra Dobrzyckiego, by na przyszłym Zjeździe międzynarodowym lekarskim była osobna sekcya prasy lekarskiej.

— Większa część dzienników lekarskich niemieckich i francuskich ocenia niekorzystnie odbyty niedawno kongres w Rzymie a mianowicie gani postępowanie komitetu gospodarczego; żaden z nich jednak nie idzie w tej krytyce tak daleko, jak *Deutsche med. Wochenschrift*, która w osobnych artykułach felietonowych podpisanych E. E. krytykuje nadzwyczaj ostro zachowanie się komitetu gospodarczego, wykazuje, jak członkowie kongresu na każdym kroku byli obdzierani i wyzyskiwani, jak nie mogli dobić się biletów wstępu na rozmaite uroczystości kongresowe, na których najlepsze miejsca dostawali Rzymianie i Rzymianki i t. d. Jeśli w tem wszystkiem nie ma tylko zbyt pesymistycznej przesady, to trzeba się spodziewać, iż w przyszłości niejeden zastanowi się dobrze, nim się zdecyduje jechać na jaki kongres we Włoszech.

— Ze zdania sprawy za rok 1893. krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego, zostającego pod sterem prof. Dra Alfreda Obalińskiego, wyjmujemy następujące daty świadczące wymownie o dzielnem prowadzeniu i o wielkim pożytku tej instytucyi, o której w czasie rokowań o jej założenie nawet w kołach lekarskich krakowskich powątpiewano, czy się przyda na wiele.

Towarzystwo wymienione udzieliło w roku 1893. pomocy swej 1709 razy a to w dzień 1187, w nocy 522 razy, najczęściej w Lipcu (188), najrzedziej w Styczniu (89 razy), w przypadkach następujących w nagłych zasłabnięciach 810, samobójstwach 46, uszkodzeniach cielesnych 798, obłąkaniu 55, przy przewiezieniu do szpitala 586, do mieszkania 151, do stacyi ratunkowej 75 razy. Dotkniętych było przypadkami 994 mężczyzn, 630 kobiet i 116 dzieci. Lekarze Towarzystwa interweniowali 73 razy, stanowisko pierwszej pomocy (przy pożarach) urządzono 86 razy, średnio na dobę występowało Towarzystwo z pomocą 4·68 razy. Od założenia swego udzieliło Towarzystwo pomocy swej w 3557 przypadkach. Dochodu w 1893 r. było 2213 złr. 75 ct., rozchodu 1315 złr 89 ct. Wiceprezesem Towarzystwa był Doc. Dr. A. Bossowski, pisarzem Dr. M. Śliwiński, podskarbim Dr. J. Buszek.

— Prof. Virchow otrzymał od Króla włoskiego wielką wstęgę orderu ŚŚ. Maurycego i Łazarza.

— Marszałek krajowy W. Kstwa Poznańskiego, Dr. Dziembowski ogłasza do 10. Maja r. b. konkurs na posadę dyrektora i naczelnego lekarza zakładu obłąkanych w Owińsku pod Poznaniem, mieszczącego teraz 700 chorych. Pensya roczna z początku 5000 marek, która z czasem dojść może do 7000 marek, mieszkanie bezpłatne wartości 492 marek i aż do odwołania prawo używania ogrodu o powierzchni hektara.

W podaniach o tę posadę wymienić należy, że kompetujący zajmowali się praktycznie psychiatryą i posiadają właściwe zresztą kwalifikacye.

— W roku 1885 skonsumowała ludność Francyi 1,400.000 hektolitrów alkoholu; ilość ta w roku 1892 podniosła się do 1,735.369 hektolitrów nie rachując kontrabandy. Liczba konsensów na wyszynk wódek powiększyła się w tym czasie z 390.000 do 450.000, t. j. na 20 wyborców francuskich przypada teraz jeden wyszynk. W roku 1892 skonsumowano we Francyi 4.50, w Belgii 4.90 a w Niemczech 4.40 litrów na głowę.

Konsumcya alkoholu we Francyi nie rozdziela się równo na różne części kraju i gdy na Południu dochodzi do litra na głowę, wynosi w Paryżu od 7 do 8 lirów, w departamencie la Somme et l'Eure 9 a w departamencie Dolnej Sekwany więcej nawet, niż 13 litrów na głowę. Departamenta przeto północne Francyi są z całej Europy najwięcej nawiedzone plagą alkoholizmu, nad którą dzienniki lekarskie francuskie radzą tem bardziej zastanowić się, iż spustoszenia, jakie wyrządzają epidemie cholery i duru, nikną wobec alkoholizmu, który może tak wygubić ludność francuską, jak wygubił już niejedno plemię Indyan Czerwonoskórych w Ameryce.

Że na tem polu można dużo zrobić za pomocą odpowiednich zarządzeń publicznych, świadczą Anglia i Stany Zjednoczone, przed 20 laty przodujące w konsumcyi alkoholu, która teraz spadła tam do połowy dawniejszej i wynosi rocznie na głowę 2.70 a względnie 2.80 litra.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Lipsk. Profesor Dr. Escherich w Gracu powołany na profesora pedyatryi na miejsce Heubnera, który otrzymał posadę profesora w Berlinie. — Zurych. Dr. A. Schaper habilitował się na docenta prywatnego anatomii.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Londynie Dr. Henryk Smith, jeden z najznakomitszych operatorów londyńskich, uczeń Wiliama Fergussona; w Dreznie profesor Dr. Neelsen, prosektor szpitala miejskiego; w Petersburgu Dr. Sokołow, profesor akademii wojenno-lekarskiej; w Deražnie na Podolu Dr. Faustyn Segawiński w 36. roku życia na dur osutkowy, którym zaraził się od chorych.

Redakcya otrzymała:

Dr. Karol Rychliński. Przypadek t. zw. *dystrophia musculorum progressiva*. (Osobna odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Dr. Edmund Biernacki. Analgezya nerwu łokciowego jako objaw wiądu rdzenia. (Osobna odbitka z *Gazety lekarskiej*)

Tenże. W kwestyi wzajemnego stósunku czerwonych ciałek i osocza we krwi krążącej. (Osobna odkitka z *Gazety lekarskiej*).

Tenże. Analgesie des Ulnarisstammes als Tabessymptom. (Odbitka z *Neurologisches Centralblatt*).

Tenże. Ueber die Beziehung des Plasmas in den rothen Blutkörperchen und ueber den Werth verschiedener Methoden der Blutkörperchenvolumbestimmung. (Odbitka z *Zeitschrift für physiologische Chemie*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 2. Maja b. r. o godzinie 6-tej wieczorem **w sali wykładowej prof. Olszewskiego** (Zakład dla Chemii ogólnej przy plantacyach) posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Jaworski demonstrować będzie prześwietlanie żołądka i jelit na chorych z kliniki profesora Korczyńskiego; 2) kol. Dr. Szymonowicz przedstawi okazy drobnowidowe zębiny i poczyni uwagi nad jej budową; 3) kol. Dr. Zoll okaże przyrząd wojenny Hessinga; 4) Dyskusya nad demonstracyjnym odczytem kol. prof. E. Korczyńskiego; 5) kol. Dr. L. Korczyński poda: Przyczynek do etyologii wad sercowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty P. Dra Cerchy.

L. 1294.

KONKURS.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Jabłonowie w powiecie Kołomyjskim położonej rozpisuje się konkurs pod warunkami w §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 r. Nr. 18. dz. ust. kraj. zastrzeżonemi.

Roczna płaca wynosi 500 złr. oraz na koszta podróży służbowych ryczałt 227 złr.

Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Podania mają być wnoszone najpóźniej do 15. Maja 1894 r. do Wydziału Rady powiatowej w Kołomyi.

Kołomyja dnia 19. Kwietnia 1894.

Prezes:

105—3—1 *Kruszelnicki.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 5. Maja 1894 r. **Nr. 18.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał
Dr. S. Lachowicz z Wilna.

Jakkolwiek wielu badaczy już niejednokrotnie ostatnimi laty poszukiwało drobnoustrojów w rozmaitych cierpieniach oka, to jednak do dziś dnia z małym chyba wyjątkiem, nie mamy w tym względzie dokładnych wiadomości. Z długiego szeregu zewnętrznych cierpień oka, poddanych dotąd badaniu bakteryologicznemu, możemy wskazać tylko na tak zwaną jaglicę *(trachoma)*, oraz na śluzotok oczu egipski *(conjunctivitis blenorrhoica)*, które znalazły już swą etyologię w swoistych (specyficznych) drobnoustrojach [1]); co do reszty zaś spraw zapalnych, które niemal wszystkie bez wyjątku, były również przedmiotem licznych badań bakteryologicznych, znaczenie drobnoustrojów jako czynnika etyologicznego należy jeszcze uważać za kwestyę do rozstrzygnięcia [2]). Tak skromny stósunkowo wynik badań bakteryologicznych w tym względzie tłómaczy się, mojem zdaniem, głównie tą okolicznością, że wszyscy niemal dotychczasowi badacze szukali drobnoustrojów przeważnie w sprawach zapalnych, pomijając prawie zupełnie treść worka zdrowego. Badania takie oczywiście nie mogły przyspieszyć otrzymania dokładnych wyników; owszem wprowadzały pewien zamęt w prawidłowy, systematyczny ich przebieg. Trudno było wprawdzie sądzić z dokładnością o własnościach i znaczeniu tego lub owego nowowynalezionego drobnoustroju, skoro się nie miało pewności, jak się on zachowuje i czy znajduje się w ogóle w worku spojówkowym oka zdrowego. Dlatego też w historyi tych badań nieraz napotykamy takie szczegóły, że n. p. ten lub ów autor w pewnej sprawie chorobowej wynalazł bakterye swoiste, kiedy zaraz drugi autor zaprzecza mu tej swoistości, dowodząc na mocy własnych doświadczeń, iż takie same bakterye wykrył w zdrowym worku spojówkowym. Niewątpliwie, że takich przypadków nie mielibyśmy w historyi, gdyby badania bakteryologiczne systematycznie zaczęto nie od końca, ale od początku, t. j. od oka zdrowego. Zbadanie, o ile worek spojówkowy oka zdrowego jest i może być w istocie stałem siedliskiem dla tych lub owych drobnoustrojów, uważamy za rzecz nader ważną zarówno z punktu naukowego, biologicznego, jak ze stanowiska czysto praktycznego.

Już dzisiaj w niektórych dziedzinach medycyny, mianowicie w chirurgii, położnictwie i ginekologii, widzimy znaczne zmiany w zachowaniu się względem drobnoustrojów w ogóle, których do niedawna jeszcze tak się lękano. Wiadomo, że w wielu razach przedstawiciele tych gałęzi zamiast poprzedniej antyseptyki stósują aseptykę, polegającą li tylko na zachowaniu, jak można największej czystości dokoła chorego; słowem już nie ma tego szablonowego zwalczania bakteryj, jakie było przedtem, tylko pewna indywidualizacya środków stósownie do każdego przypadku operacyjnego i do otoczenia, w jakiem się w danej chwili działa. Ta zmiana w postępowaniu przytoczonych specyalistów bynajmniej nie dowodzi, by ich poglądy na znaczenie zarazków urganizowanych od pewnego czasu uległy zasadniczej zmianie, przeciwnie jest ona naturalnym wynikiem zarówno doskonalszego i ściślejszego poznania własności samych drobnoustrojów, ich biologii, jak i większego uwzględnienia tej roli, jaką sam ustrój odgrywa w walce z zarazkami. Przekonano się mianowicie, iż walczyć z bakteryami za pomocą ścisłej antyseptyki należy li tylko wtedy, kiedy się działa w okolicznościach wrzekomo septycznych, n. p. w otoczeniu przepełnionem szkodliwemi zarazkami, lub też kiedy pole operacyi samo przez się już jest mocno zanieczyszczone; w przeciw-

[1]) A. E. Fick. Ueber Microorganismen im Conjunctivalsack. 1887. C. Flügge. Die Microorganismen. 1886. S. Z. Schenk. Grundriss der Bacteriologie f. Aerzte u. Stud. 1893.

[2]) Flügge, Fick l. cit.

nych zaś razach antyseptyka staje się zbyteczną i z korzyścią dla chorego można ją śmiało zastąpić przez aseptykę.

Przechodząc następnie do oftalmologii, w szczególności do części jej operacyjnej, sądzimy, że i tu, być może, powyższe rozumowania co do aseptyki i antyseptyki mogłyby znaleść swe uzasadnienie. Wiadomo, że współcześni okuliści we wszelkich operacyach na oku posługują się przeważnie antyseptyką, stósowaną nieraz ze ścisłością pedantyczną. Niejednemu zapewne obserwatorowi wszystkich tych manipulacyj antyseptycznych nad okiem chorego, posuwanych nieraz do takiego stopnia, aż oko staje się różowem, nasunie się pytanie: czy rzeczywiście wszystkie te rękoczyny ze strony operatora w każdym przypadku i we wszystkich okolicznościach są niezbędne? czy nie możnaby i tu w niektórych razach zastósować aseptyki, tego niewinniejszego sposobu, jak to czynią chirurgowie i t. p.? By odpowiedzieć na to pytanie, okulista — chirurg przedewszystkiem — musiałby znać dokładnie swe pole operacyjne, mianowicie, o ile ono jest lub może być w każdym przypadku septyczne lub aseptyczne. Słowem, w szczególności wracamy znowu do naszego już z góry założenia, że trzeba wiedzieć, czy i jakie mianowicie bakterye co do jakości i ilości znajdują się w zdrowym worku spojówkowym? To też dla wyjaśnienia, o ile można, tej kwestyi chętnie przyjąłem propozycyę Szanownego Profesora Bujwida w Krakowie zajęcia się badaniami w tej mierze w Jego pracowni i pod Jego bezpośredniem kierownictwem.

W dostępnej sobie, odnoszącej się tu literaturze napotkałem tylko pracę Dra A. Eugen. Ficka: *Ueber Microorganismen im Conjunctivalsack.* Zurych z r. 1887, oraz badania Felzera i Fernandeza.

Fick nasamprzód przytacza literaturę co do drobnoustrojów w rozmaitych zewnętrznych sprawach zapalnych oka a następnie podaje wyniki własnych badań bakteryologicznych na ludziach z oczami zdrowemi, oraz na dotkniętych przewlekłym nieżytem powiekowym. Materyał swój dzieli na dwie grupy, z których jedna składająca się z 25 osób (50 worków spojówk.) podług autora stanowi kategoryę całkiem zdrowych worków spojówkowych, druga zaś grupa z 57 osób (85 worków spojówk.) przedstawia, jego zdaniem, bardziej grupę przewlekłych nieżytów, nieraz z podwinięciem *(entropium)* lub wywinięciem powieki na zewnątrz *(ektropium)*, co zależało, jak przypuszcza, od podeszłego wieku osób ostatniej grupy.

Z 50 worków spojówkowych zdrowych 1-szej grupy osób badania mikroskopowe śluzu w preparatach, zabarwionych fioletem metylowym (mikroskop Zeissa, okul. 3—5, objekt. DD, imersya $^1/_{12}$) w 32, czyli w 64%, żadnych bakteryj nie wykazały, w reszcie zaś 18, czyli w 36% wykryto bakterye. Również z 85 worków spojówkowych 2-giej grupy osób, podług twierdzenia autora, tylko w 6, to jest w 7% bakteryj nie wykryto (str. 14 i 17 l. c.).

Co do gatunków znajdywanych drobnoustrojów podaje autor, że tak w oczach zdrowych, jak w oczach z przewlekłym nieżytem najczęściej trafiają się rozmaite prątki *(bacilli)*, mianowicie w pierwszym przypadku, znajdują się one w 88%, w drugim w 100% (str. 16. l. c.). Następnie drugie miejsce pod względem częstości znajdywania się oddaje prątkom i ziarnikom (kokom), które jednocześnie trafiają się w 21% zdrowych oczu i w 61% oczu z nieżytem. Wyłącznie tylko ziarników autor nigdy nie znajdywał (str. 16. l. c.). W końcu autor wypowiada przekonanie, że zarówno w zdrowym jak i nieżytowym worku spojówkowym bakterye znajdują się zwykle a ujemne wyniki niektórych swych badań tłumaczy niedostateczną pewnością badania mikroskopowego i trudnością wynajdywania w każdym przypadku odpowiednich gruntów pożywczych.

Obok badania mikroskopowego śluzu *(Schleimflocken)* Fick stósował zwykle i metodę szczepienia na rozmaitych podłożach (agar, żelatyna, ziemniaki, surowica krwi) oraz szczepienie czystej hodowli przeważnie w rogówki królików.

Wszystkie w ogóle bakterye, tak prątki jak ziarniki, których gatunki u autora sięgają sporej liczby, autor uważa za całkiem niewinne, obojętne dla oczu, zaliczając je do kategoryi drobnoustrojów powietrznych; tylko gronkowiec złocisty *(staphylococcus pyogenes aureus)* zdaniem jego może uchodzić względnie za bakteryę chorobotwórczą, mianowicie będąc zaszczepiony w rogówkę królika; wprowadzony zaś nawet w znacznej ilości wprost do worka spojówkowego i roztarty po powierzchni gałki ocznej nie okazuje własności chorobotwórczych.

Przytoczywszy w krótkiem streszczeniu wyniki pracy A. E. Ficka, muszę się następnie nieco dokładniej zatrzymać nad ich ocenieniem. Przedewszystkiem z góry muszę zaznaczyć, iż autor zanadto śmiało robi wywody co do stałej obecności drobnoustrojów w zdrowym worku spojówkowym.

Zarówno ogólny materyał, jakim rozporządzał, jak ostateczne wyniki badań nie dają, mojem zdaniem, dostatecznej do tego podstawy. Ogólna ilość badanych, jak widać z powyższego, wynosi 83 osoby (135 worków spojówkowych). Z tej liczby 57 osób (85 worków spojówkowych) było mieszanych, t. j. miało po części zdrowe, po części oczy z nieżytem, chociaż, jak twierdzi sam autor, większość z nich była jednakże z nieżytem, nawet z podwinięciem lub wywinięciem powiek. Co do mnie, tobym sądził, że nawet znaczna większość, jeżeli nie wszyscy, była prawdopodobnie z nieżytem. Jakże bowiem wytłumaczyć sobie tę okoliczność, że z 85 worków spojówkowych (druga grupa osób) tylko w 7% autor nie mógł wykryć bakteryj, skoro w następnej znacznie mniejszej grupie badanych 50 worków spojówkowych zupełnie zdrowych (pierwsza grupa osób, p. w.) nie znalazło się bakteryj w 64%. Oczywista, że obie grupy osób poddanych badaniu stanowiły między sobą całkiem odmienny materyał, nie nadający się do porównywań tak, że właściwie tylko pierwsza grupa osób (26 osób p. w.) stanowi prawdziwy materyał, na którym się mogły oprzeć wszystkie wywody autora co do obecności drobnoustrojów w zdrowym worku spojówkowym. Nie rozumiem więc, w jaki sposób autor mógł przyjść do tak kategorycznego twierdzenia, iż w każdym worku spojówkowym są zwykle bakterye, rozporządzając tak niewielkim stósunkowo materyałem i jeszcze bardziej, znajdując i w nim nawet 64% worków spojówkowych wolnych od bakteryj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.

Napisał

Dr. Tadeusz Mayzel,

sekundaryusz oddziału.

Odczyt w dniu 4. Października 1893 roku w Towarzystwie lek. krak.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Kobiety.

10) J. R., lat 30, wyrobnica, leczona od 19. Lutego do 27. Marca 1893. Rozpoznanie: *Oedema labii majoris dextri, polyadenitis specifica levis, syphilis cutanea maculosa trunci, condylomata lata ad genitalia et ad tonsillas.* Zrobiono sześć injekcyi *ol. ciner· mit.* po 0·10. Ustępywanie zmian kiłowych zauważono już po trzech injekcyach.

Uwagi. Injekcye wykonane w okolicę międzyłopatkową pozostawiły nacieki, nieco bolesne, które częścią uległy wessaniu, częścią zaś jeszcze utrzymywały się, gdy chora szpital opuszczała.

11) M. K., lat 28, służąca, leczona od 21. Lutego do 8. Kwietnia 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea trunci papulosa miliformis desquamans, psoriasis syphilitica palmaris et plantaris, condyl. lata ad labia oris, ad tonsillas et ad genitalia. Cephalagia nocturna, adenitis nuchalis gravis et inquinalis levis.*

Zrobiono siedm injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10. Ustępywanie zmian stwierdzono po 3 injekcyach, pod koniec leczenia wystąpiły jednak świeże kłykciny sączące w jamie ustnej.

Uwagi. Po injekcyach w *spatium interscapulare* tworzyły się nacieki bolesne, dochodzące do wielkości orzecha laskowego.

12) J. M., lat 14, służąca, leczona od 11. Lutego do 14 Marca 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis initialis ad natem dextram cicatrisans, condylomata lata ad tonsillas hypertrophicas et ad genitalia. Polyadenitis universalis minoris gradus.*

Zrobiono pięć injekcyj oleju szarego słabszego po 0·10. Zmiany ustępować zaczęły po 3 wstrzykiwaniu.

Uwagi. Wstrzykiwania robiono w okolicę międzyłopatkową; tylko raz powstał nieznaczny naciek, mało bolesny. Powrotów choroby dotąd nie było, chora była bowiem już na dwa zawody w szpitalu ze zwykłemi ekskoryacyami na częściach płciowych.

13) K. D., lat 18, prostytutka, leczona od 13. Marca do 8. Kwietnia 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea maculosa trunci* (plamy duże i liczne) — *Polyadenitis syphilitica minoris gradus.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10. Plamy ustąpiły po 3 wstrzykiwaniach.

Uwagi. Między łopatkami tworzyły się mierne nacieki. Po czterech miesiącach przyjęto ją z recydywą:

Syphilis papulosa miliformis extremitatum inferiarum, która ustąpiła po 20 wcieraniach.

14) K. U., lat 26, służąca, leczona od 5. Marca do 30. Maja 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea maculosa trunci et papulosa desquamans menti, condylomata lata ad tonsillas, labia pudenda et circa anum. — Polyadenitis universalis minoris gradus.*

Zrobiono ośm injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10. Ustępywanie zmian zauważono po 5 injekcyach.

Uwagi. Zarówno po injekcyach w *spatium interscapulare,* jak i *ad nates* tworzyły się spore nacieki bolesne, dochodzące do wielkości gołębiego jaja, niektóre z wyraźnem chełbotaniem, do otworzenia się ropni jednak nie przyszło. Pod koniec leczenia wystąpiło rtęciowe zapalenie jamy ustnej miernego stopnia.

15) S. K., lat 21, służąca, leczona od 3. Marca do 10. Czerwca 1893. Rozpoznanie: *Condylomata lata ad gingivas, ad apicem linquae et ad tonsillas, confluentia ad genitalia et circa anum. Laryngitis erythematosa polyadenitis univers. minoris gradus.*

Cztery injekcye *ol. cincr. mit.,* po których zmiany ustąpiły.

Uwagi. W *spatium interscapulare* tworzyły się znaczne nacieki, powoli ustępujące. Po 4 wstrzykiwaniach wystąpiło zapalenie jamy ustnej rtęciowe z uporczywym przebiegiem.

16) J. U., lat 17, krawcowa, leczona od 17. Maja do 26. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Sclerosis initialis ad labium minus sinistrum. Scleradenitis inguin. gravis. Syphilis cutanea* (plamy były różnej wielkości, nieregularnie rozmieszczone).

Sześć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10 w pośladki. Plamy ustąpiły po 5 injekcyach, odczynu nie było.

17) K. P., lat 23, służąca, leczona od 23. Maja do 24. Czerwca 1893. Rozpoznanie: *Syphilis cutanea trunci papulo-maculosa, condylomata lata confluentia nodosa ad labia pudenda. Polyadenitis inguinalis gravis.*

Pięć injekcyj *ol. ciner. fort.* po 0·05. Ustępowanie zmian zauważono po 3 injekcyach.

Uwagi. Ślad białka w moczu pojawił się po 2-ej injekcyi, co ustąpiło po tygodniu.

18) M. B., lat 28, służąca, leczona od 11. Maja do 12. Lipca. Chora jest w czwartym miesiącu ciąży. *Syphilis cutanea papulo-pustulosa ad thoracem et abdomen, ecthyma syphilit. ad scapulas, condylomata lata ad genitalia. Polyadenitis universalis.*

Ośm injekcyi ol. *ciner. fortis* po 0.05 w pośladki. Ustępywanie zmian zauważono po 5 injekcyach.

Uwagi. W dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala zgłosiła się z recydywą, pod postacią jednej rozpadłej kłykciny około odbytnicy a w tydzień po tem poroniła. Płód nieżywy, zmacerowany.

19) A. M., lat 22, służąca, leczona od 7. Czerwca do 18. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Syphilis papulosa acniformis trunci et praecipue ad regionem pubicam; condylomata lata confluentia nodosa ad genitalia, nates et ad anum, — superficialis ad tonsillas. Polyadenitis universalis minoris gradus.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. fort.* po 0·05 w pośladki.

Zmiany ustąpiły po 4 injekcyach.

20) K. H., lat 20, służąca, leczona od 15. Czerwca do 14. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Syphilis trunci papulosa miliformis, condylomata lata superficialia ad tonsillas et ad labia oris, papulae syphiliticae ad genitalia. — Polyadenitis universalis.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10 w pośladki, po których zmiany ustąpiły.

21) A. D., lat 35, wyrobnica, leczona od 15. Czerwca do 8. Lipca 1893. Rozpoznanie: *Adenitis axillaris, cubitalis et inguinalis minoris gradus, condylomata lata ad genitalia.*

Zrobiono cztery injekcye *ol. ciner. mit.* po 0·10 w pośladki. Opuściła szpital wolna od zmian kiłowych.

22) M. P. lat 20, wyrobnica, leczona od 12. Lipca do 29. Sierpnia 1893. Rozpoznanie: *Adenitis nuchalis et inguinalis. Syphilis maculo-papulosa trunci.*

Zrobiono trzy injekcye *ol. ciner. mit.* w pośladki po 0·10.

Uwaga. Po drugiej injekcyi utworzył się ropień, który po tygodniu sam pękł a po dwóch tygodniach pozostały naciek ustąpił bez śladu. W treści ropnia rtęci nie znaleziono.

23) K. C., lat 18, wyrobnica, leczona od 2. Sierpnia do 8. Września. Rozpoznanie: *Syphilis papulo-maculosa trunci et extremitatum, condylomata lata confluentia, nodosa ad genitalia et superficialia ad tonsillas. Adenitis inguinalis, ambilateralis, multiplex.*

Cztery injekcye *ol. ciner. mit.* w pośladki wystarczyły do usunięcia zmian kiłowych.

Uwaga. Po czwartej injekcyi utworzył się naciek wielkości bobu, który jednak nie przeszedł w ropienie.

24) M. S., lat 20, służąca, przyjęta d. 27. Lipca 1893. *Polyadenitis specif. levis; condylomata lata ad tonsillas et ad genitalia.*

Dotąd zrobiono pięć injekcyi *ol. ciner. mit.* po 0·10 *ad nates.*

Kłykciny sączące okazywały już po 3 injekcyi znaczną poprawę. Chora pozostaje jeszcze w leczeniu.

25) A. S., lat 23, prostytutka, przyjęta 24. Sierpnia 1893. Gruczoły wcale nie zajęte. *Condylomata lata ad labia oris, linguam et ad genitalia.* Dotąd zrobiono trzy injekcye *ol. ciner. mit. ad nates.* Obecnie okazują zmiany chorobowe znaczną poprawę.

26) K. S., lat 17, służąca, przyjęta 11. Sierpnia 1893. *Polyadenitis universalis levis. Syphilis cutanea maculosa, condylomata lata, parva ad genitalia.*

Pięć injekcyj *ol. cinerei mit. ad nates* po 0·17.

Po 4ej injekcyi plamy ustąpiły, chora pozostała jednak jeszcze w leczeniu.

27) F. M., lat 15, przy rodzicach, leczona od 12. Sierpnia do 10. Września 1893. *Adenitis nuchalis dextra, inguin. ambilateralis. Condylomata lata insignia ad tonsillas et confluentia ad genitalia.*

Pięć injekcyj *ol. ciner. mit. ad nates* wystarczyły do usunięcia zmian; znakomitą poprawę zaś dostrzeżono po 3 injekcyach.

Uwaga. Po injekcyach tworzą się nieznaczne nacieki, powoli się resorbujące.

28) K. S., lat 20, żona wyrobnika, przyjęta 16. Sierpnia 1893. *Adenitis inguinalis specifica, condylomata lata ad genitalia.*

Dotąd zrobiono 4 injekcye *ol. ciner. mit. ad nates* po 0·10, zmiany ustępują, chora pozostaje w leczeniu.

29) M. R., lat 29, żona fornala, przyjęta 21. Sierpnia 1893. *Sclerosis initialis jam cicatrisata ad mammam dextram. Adenitis nuchalis et inguinalis minoris gradus, majoris gradus axillaris dextra. Leucoderma syphil. colli et nuchae; condylomata lata inter digitos pedum exulcerantia et ad genitalia.*

Dotąd zrobiono 3 injekcye *ol. ciner. mit. ad nates* po 0·10, zmiany ustępują; chora pozostaje jeszcze w leczeniu.

II. Kiła powrotna poprzednio już rtęcią leczona.

Mężczyźni.

1) J. B. lat 22, wyrobnik, leczony od 13. Lutego do 28. Lutego. Leczony z powodu kiły od 26. Sierpnia do 17. Września 1891, wziął 4 wstrzykiwania miąższowe *hydrarg. oxydato flavo* po 0·04.

Obecna recydywa po 3 miesiącach.

Condylomata lata ad tonsillas, ad scrotum et ad anum. Laryngitis erythematosa, Polyadenitis inguinalis ambilateralis.

Zrobiono 3 injekcye *ol. ciner. mit.* po 0·10 w *spatium interscapulare.* — Kłykciny ustąpiły bez leczenia miejscowego po 3 injekcyach.

Uwaga. Między łopatkami tworzyły się nieznaczne nacieki.

2) J. G., lat 29, cieśla, leczony od 21. Lutego do 21. Marca 1893. Przed dwoma laty wziął 35 wcierań 3 gramowych, po 3 miesiącach z powodu ponownej recydywy zastosowano 15 wcierań 3 gramow.; odtąd bywały częste recydywy na błonach śluzowych. Obecnie: *condylomata lata ad tonsillas, labia oris et ad anum. Adenitis universalis.*

Zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mite* po 0·10 w plecy. Kłykciny ustąpiły po 4 injekcyach.

Uwaga: Między łopatkami tworzyły się spore nacieki. Dotąd nie zgłosił się chory z recydywą.

3) J.F., lat 23, wyrobnik przyjęty dnia 3. Lipca 1893., W Maju b. r. wziął 27 injekcyj sublimatowych po 0·01, w $1^1/_2$ miesiąca potem wystąpiła obecna recydywa.

Adenitis inguinalis ambilateralis, condyl. lata insignia ad labia oris, tonsillas et ad anum.

Zrobiono cztery injekcye *ol. cin. mit.* po 0·10.

Uwaga: Chory był niedokrewny, w ciągu leczenia pojawił się w moczu ślad wyraźny białka (po 4 injekcyach), z powodu czego rtęć usunięto. Obecnie odżywienie chorego poprawia się, białko jednak w moczu utrzymuje się, również i kłykciny w jamie ustnej (chory, mimo wzbronienia pali tytoń).

4) A. H., lat 20, bednarz, leczony od 9. Sierpnia do 20. Września 1893. Przed rokiem użył z powodu kiły 40 injekcyj sublimatu po 0·01. Obecna recydywa po 6 miesiącach.

Periadenitis inguinalis dextr. suppurans, sinistra levis; condyl. lata insignia ad tonsillas, scrotum et circa anum.

Do usunięcia zmian potrzeba było ośm injekcyj *ol. cin. mit.* po 0·10 *ad nates.*

Kobiety.

5) M. D., lat 18, prostytutka, przyjęta 20. Sierpnia 1893. Przed 4 miesiącami wzięła z powodu kiły 10 pomazywań szaruchy po 6·00 na sposób przez Welandera polecony.

Obecnie: *Adenitis inguinalis ambilateralis gravis, condyl. lata ad tonsillas et ad genitalia. Syphilis recidiva maculosa trunci.*

Dotąd zrobiono pięć injekcyj *ol. ciner. mit.* po 0·10 *ad nates.* Po injekcyach powstawały lekkie nacieki. Plamy ustąpiły, kłykciny sączące jeszcze się utrzymują. Chora pozostaje dotąd w leczeniu.

6) H. S., żona kelnera, lat 23, przyjęta 21. Sierpnia 1893. Przed 4 miesiącami wzięła 22 injekcyj subl. po 0·01.

Obecnie: *Adenitis nuchalis et inguinalis levis. Syphilis recidiva trunci maculosa, condyl. lata ad tonsillas, genitalia et inter digitos pedum.*

Dotąd cztery injekcye *ol. ciner. mit.* po 0·10 *ad nates.* Zmiany ustępują szybko.

7) U. H., lat 24, służąca, leczona od 15. Lutego do 27. Marca 1893. Przed rokiem brała injekcye sublimatowe, których liczby nie może oznaczyć. W ciągu roku były częste recydywy w jamie ustnej.

Obecnie: *Syphilis recidiva sub forma condylom. lat. ad tonsillas, gingivas, labia oris, genitalia et ad anum. Adenitis universalis.*

Zrobiono sześć injekcyj *ol. ciner. mit.* w okolicę międzyłopatkową. Kłykciny ustąpiły po 4 injekcyach bez leczenia miejscowego.

Uwaga: Między łopatkami tworzyły się spore nacieki. W ciągu leczenia wystąpiła *stomatitis mercurialis.*

8) K. Z., lat 18, wyrobnica, leczona od 15. Lutego do 10. Kwietnia 1893. Przed rokiem wzięła 15 injekc. sublim. po 0·01. Obecnie pierwsza recydywa.

Adenitis inguinalis, ambilateralis gravis. Condylom. lata ad gingivas, palatum molle, uvulam et ad genitalia.

Zrobiono sześć injekcyj *ol. cin. mit.* po 0·10 w okolicę międzyłopatkową. Zmiany ustąpiły po pięciu wstrzyknięciach.

Uwaga: Po czwartej injekcyi w *spatium interscapulare* wytworzył się naciek, który po tygodniu trwania okazywał w środku wybitne chełbotanie w przestrzeni talara, a po 3 tygodniach uległ wessaniu. Do przebicia nie przyszło.

Wreszcie przytaczam jeden przypadek kiły późnej.

9) F. T., lat 34, żona handlarza. Wywiady ujemne, choroba trwa od 2 lat.

Obecne rozpoznanie: *Syphilis ulcerosa palati mollis, uvulae et arcus palato-pharyngei sinistri.*

Wzięła pięć injekcyj *ol. ciner. fort.* po 0·05. Po trzech injekcyach oczyściły się owrzodzenia a po 5 wstrzyknieniach nastąpiło zupełne wygojenie.

Uwaga: Między łopatkami tworzyły się nieznaczne nacieki.

(Dokończenie nastąpi).

III. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Z dwiema rycinami).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Hochenegg[1]) wykonał częściowe wykluczenie jelita na chorym kliniki Alberta z objawami zapalenia okątniczego (*perityphlitis*), u którego podejrzywał raka.

Przypadek był następujący: 35-letni ślusarz cierpiał od roku na objawy przewlekłej niedrożności jelita i obrzęk mało ruchomy w okolicy kiszki ślepej wielkości jaja kurzego, który rozpoznawano jako raka. Przy laparotomii znaleziono obrzęk w jelicie ślepem zrosły z tylną ścianą brzucha i z naczyniami miednicy. Hochenegg wykonał resekcyę jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej i ileokolostomię typową. Następnie wszył obie, od obrzęku prowadzące części jelit w powłoki brzuszne: jelito biodrowe (*ileum*) więcej ku wewnątrz, okrężnicę (*colon*) więcej ku zewnątrz. W 3 dni po operacyi, odeszły wiatry i nastąpiło pierwsze wypróżnienie; obie przetoki wydzielały tylko w pierwszych dniach nieco kału, następnie tylko śluz. W miesiąc po operacyi obrzęk w jelicie ślepem zmalał do połowy, i stał się ruchomym; był to zatem tylko obrzęk zapalny, a nie rakowy, jak pierwotnie przypuszczano. Wykluczoną część jelita przepłukiwano przez obie przetoki, wydzielina zmniejszyła się do kilku kropel śluzu i przetoki nie sprawiały choremu wiele dolegliwości.

Także Rudolf Frank[2]) miał sposobność w kilka miesięcy później wykonać podobną operacyę w przypadku przewlekłego zapalenia naokoło jelita biodrowego i ślepego z objawami kilkokrotnego zwężenia jelita. Po mozolnem preparowaniu musiał się Frank zdecydować wykluczyć częściowo metr jelita. Przypadek Franka był pokrótce następujący:

Kobieta 25-letnia zauważyła po 4-tym porodzie obrzęk w brzuchu ruchomy po stronie prawej. Rozpoznanie zrazu brzmiało: nerka wędrująca, później: obrzęk w kiszce ślepej. Laparotomia 2. Września 1891 roku (Dr. Hochenegg). Podczas niej znaleziono wielki, twardy, nieruchomy obrzęk w kiszce ślepej, który wzięto za nowotwór złośliwy. Obrzęk pozostawiono i zeszyto powłoki. Chora wyzdrowiała. Po upływie pół roku przekonał się Frank o zmniejszeniu się znacznem obrzęku, rozpoznał sprawę gruźliczą jelita ślepego i przystąpił do ponownej laparotomii. Próbował zrazu obrzęk wyłuszczyć, ale gdy w odległości 70 cm. od jelita ślepego znalazł zwężenie w jelicie biodrowem, przystąpił do wykluczenia chorej pętli. Jelito biodrowe zeszył okrężnie z okrężnicą wstępującą, oba zaś końce wykluczonej pętli wszył w powłoki brzuszne.

Wykluczoną pętlę przestrzykano raz tylko przez otwór w jelicie biodrowem. Z przetok kałowych wydobyła się tylko skąpa ilość wydzieliny, przeważnie śluzu. Zabieg zniosła chora dobrze a wymioty, napady bólu i trudności z oddawaniem kału ustąpiły trwale.

Tak Hochenegg jak i Frank odstąpili od przepisu podanego przez Salzera: ażeby wszywać obwodowy koniec wykluczonego jelita, gdyż — jak się z podanych wyżej historyj chorób okazuje — obaj wszyli oba końce tak obwodowy jak i dośrodkowy w powłoki brzuszne; wynik w obu przypadkach był dobry. Salzer uważa wszywanie obu końców wykluczonej pętli w powłoki brzuszne za zbyteczne, poleca tylko wszywać koniec obwodowy celem leczenia miejscowego. Tylko wobec rozkładu gnilnego w jelicie byłoby według niego wskazanem wszywać oba końce w powłoki brzuszne celem dokładnej desinfekcyi pętli wykluczonej.

Wreszcie Eiselsberg[1]) dokonał wykluczenia jelita na chorej kliniki Billrotha dotkniętej uporczywą przetoką kiszki ślepej. Eiselsberg odstąpił od techniki poprzedników swoich o tyle, że zaszył ślepo oba końce wykluczonej pętli, ponieważ przetoka kałowa miała szeroką komunikacyę z powłokami brzusznemi.

Przypadek Eiselsberga był następujący:

15-letnia dziewczyna. Przed 3 laty wystąpiły nagle bóle w podbrzuszu po stronie prawej. Od tego czasu powtarzały się te bóle ustawicznie, nadto wystąpiły trudności przy oddawaniu stolca.

Od dłuższego czasu zauważyła chora nadto obrzęk w podbrzuszu po stronie prawej. Przed miesiącem pojawiła się przetoka kałowa w okolicy jelita ślepego. W chwili przyjęcia chorej stwierdzono znaczne wychudnienie, obrzęk twardy, nieruchomy okolicy jelita ślepego i 4 przetoki kałowe prowadzące w okolicę kiszki ślepej, wydzielające obfitą ilość kału, osobliwie przy zginaniu stawu biodrowego. Zauważono szybki upadek sił, dlatego wykonał E. spiesznie laparotomię. Jamę brzuszną otworzył cięciem łukowatem powłok powyżej miejsca przetok kałowych. Napotkano zrosty w znacznej przestrzeni pomiędzy jelitami a ścianami brzucha. Przetoki prowadziły do jelita biodrowego i ślepego. Resekcya jelita okazała się z powodu zrostów niemożliwą. Dlatego resekował jelito biodrowe powyżej wejścia w utkanie bliznowate, podobnie postąpił sobie z okrężnicą wstępującą poniżej wyjścia z utkania bliznowatego a wreszcie połączył przez enterorafię typową jelito biodrowe z okrężnicą wstępującą i zaszył ślepo końce jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej, należące do obrzęku. Ponieważ światło okrężnicy wstępującej było znacznie większem od światła jelita biodrowego, zwęził światło w okrężnicy podobnie, jak w resekcyi żołądka. Szew warstwowy rany laparotomijnej. Wystąpił chwilowy zapad, później przebieg prawidłowy i szybkie wyzdrowienie. Stolec drugiego dnia po operacyi. Opatrunek zmieniano codziennie z powodu przetok kałowych; tylko pierwszego dnia pojawił się kał w opatrunku, następnie tylko śluz a od 12. dnia po operacyi przetoki kałowe prawie nic nie wydzielały. W 8 tygodni po operacyi wypukliła się rana laparotomijna i powstała przemijająco mała przetoka kałowa w ranie laparotomijnej. Po zachowaniu dyety ścisłej przetoki zabliźniły się rychło.

Chorej przybyło 26 kilogramów wagi ciała od dnia operacyi.

Jak okazuje się z przytoczonej literatury, wykonano dotychczas na ludziach 3 razy operacyę częściowego wykluczenia jelita; są to powyżej przytoczone przypadki Hochenegga, Franka i Eiselsberga; nie odważono się zaś dotąd na zapuszczenie do jamy brzusznej wykluczonej pętli t. j. na całkowite wykluczenie.

Ponieważ przed 6 miesiącami wykonałem po raz pierwszy na osobie żyjącej operacyę całkowitego wykluczenia jelita ślepego i to ze

[1]) J. Hochenegg. Ein Beitrag zur Coecalchirurgie und zur Ileocolostomie. Wiener klinische Wochenschrift 1892, Nr. 53.

[2]) R. Frank. Einige Darmoperationen mit Bemerkungen über die Darmnaht. Wiener klinische Wochenschrift 1892. Nr. 27.

[1]) Freiherr v. Eiselsberg: Zur Casuistik der Darmausschaltung. Wiener klinische Wochenschrift 1893. Nr. 8.

skutkiem pomyślnym, niech mi wolno będzie opisać tu przypadek ten szczegółowo, tem bardziej, że w niem zarazem użyłem z korzyścią do ileokolostomii szwu płytkowego z brukwi niedawno przez siebie poleconego [1]).

Klemens Zendwalewicz, lat 19, krawiec z Winnik. W 8. roku życia przebył zapalenie płuc. W Lipcu 1892. dostał bez znanej przyczyny napadu bólu po prawej stronie brzucha i wymiotów. Ból ten utrzymywał się przez kilka dni, wymioty powtarzały się po kilka razy dziennie, przytem stolec był zaparty. Później czuł się zdrowym przez 2 miesiące, aż we Wrześniu wystąpił ponowny napad podobny, jak w Lipcu. Dnia 20. Grudnia wystąpił w nocy znów atak, jednak znacznie gwałtowniejszy; wymioty powtarzały się po kilka razy dziennie; wymiociny miały być do żółci podobne. Wymioty i napady bólu powtarzały się codziennie i trwały przez dwa tygodnie; stolec przez ten czas był zaparty; wywołano go podaniem leków przeczyszczających i lewatyw. W Kwietniu 1893. bardzo uporczywa biegunka trwająca cztery dni. W ostatnich czasach napady bólów i wymiotów coraz częstsze. Wymioty występują zazwyczaj po 2—3 razy tygodniowo w parę godzin po spożyciu pokarmów i powtarzają się po kilka razy dziennie. Chory spostrzegł, że podczas napadów bólu i wymiotów wiatry nie odchodzą, bóle zmniejszają się po odejściu wiatrów. Krwi w stolcu nigdy chory nie widział; natomiast poczuł częste przelewanie się w brzuchu, osobliwie po stronie prawej. Od Grudnia 1892. dostrzegł twardy obrzęk po prawej stronie brzucha.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Ipsen: Pośmiertna utrata ciężaru ludzkich płodów.

Cechami, po których aż do tej chwili oznaczano wiek płodu zmarłego, względnie noworodka, były długość i ciężar ciała. Gdy jednak długość ciała jest pewnym i nie zawodzącym znamieniem wieku płodu, to ciężar ciała waha się u płodów tego samego wieku w dość znacznych granicach a to dlatego, ponieważ zwłoki noworodków poprzód spoczywających w łonie matki wśród wód płodowych, utracają wodę po urodzeniu się przez parowanie a tem samem stają się lżejsze.

Autor badał doświadczalnie średnią dzienną utratę wagi płodów po ich śmierci i doszedł do obliczenia średniej dziennej utraty wagi dla płodów prawie lub zupełnie dojrzałych na 20·7 gramów, dla płodów 6. miesiąca ciąży na 48 grm., dla płodów siedmiomiesięcznych na 34·7 grm., dla ośmiomiesięcznych na 21·0 grm. Dzienna utrata ciężaru płodów zmacerowanych jest bardzo różna; średnia wynosi 53 grm.

Porównywając średnią dzienną utratę ciężaru płodów z ich wiekiem, dochodzi autor do wniosku, iż utrata ta pozostaje w odwrotnym stósunku do wieku płodów; to znaczy, większa średnia dzienna utrata wagi odpowiada płodom młodszym.

Noworodki żyjące utracają dziennie więcej ze swego ciężaru ciała, niż płody nieżywe a to dlatego, ponieważ pierwsze oddają mocz, smółkę, parę wodną za wydechem a nadto schną prędzej, gdyż skóra ich przez kąpiele pozbawioną jest mazidła skórnego, które u płodów nieżywych pozostając utrudnia parowanie z powłok zewnętrznych.

Na podstawie dokładnej znajomości dziennej utraty z ciężaru płodów, oznacza autor wiek zwłok, t. j. czas, jaki od chwili śmierci płodu upłynął a to w tych przypadkach, w których zwłoki noworodka zostają znalezione a chodzi o oznaczenie czasu, który od śmierci upłynął.

Sposób oznaczenia tego czasu jest następujący:

Z długości znalezionych zwłok i reszty cech rozwoju oblicza się ogólny wiek płodu t. j. okres jego rozwoju (czy płód donoszony dziewięcio czy ośmio miesięczny i t. d.). Każdemu wiekowi płodu odpowiada znany ciężar ciała. Jeśli od ciężaru tego odejmie się ciężar znalezionych zwłok, otrzyma się liczbę odpowiadającą ubiegłemu po urodzeniu się czasowi. Jeśli tę liczbę podzieli się przez podaną przez autora średnią dzienną utratę na ciężarze ciała u odpowiednich wiekowi płodów, otrzyma się liczbę dni t. j. w ogóle czas, jaki upłynął u znalezionego płodu od chwili śmierci do chwili zważenia go po znalezieniu. Sposób ten objaśnia autor przykładami. (*Vierteljschr. f. ger. Medicin. 1894. III. S. VII. T. 2. Z.*). *Dr. Wachholz.*

Patologia.

Thomas: O wywołaniu cholery drogą krwi obiegu i wpływie usposabiającym alkoholu.

Autorowi udało się wykazać, że króliki po wstrzyknieniu im do krwi hodowli cholery w odpowiedniej ilości giną wśród charakterystycznych objawów cholery. Prątek przecinkowy z krwi przechodzi w tych przypadkach do żółci a ztąd do jelit. Podawanie wyskoku zwiększa 6 kroć predyspozycyę do zakażenia cholerą, nietylko przez upośledzenie przemiany materyi i czynności komórek i przez rozszerzenie naczyń krwionośnych, lecz także i to szczególnie przez obniżenie własności bakteryobójczych surowicy krwi. Kwestyi, czy zakażenie cholerą może także nastąpić za pośrednictwem powietrza z dostaniem się później prątków z płuc do układu krwionośnego, T. nie rozstrzyga. (*Archiv f. exper. Pathologie u. Pharmak. Tom 32. str. 38—47*). *Dr. Beck.*

Ginekologia.

Brohl: Przepuklina macicy i wrzekome obojnactwo żeńskie.
(Hernia uteri et pseudohermaphroditismus femininus).

Autor opisuje następujący przypadek: Chora 36-letnia posiadająca głos męski, krtań wystającą, słaby porost włosów na brodzie, podaje, że przed kilku laty przy podnoszeniu ciężkiego przedmiotu, ciało jakieś wyszło jej w pachwinę lewą; od tego czasu stać ani chodzić swobodnie nie może. Badanie wykazało w miejscu łechtaczki ciało podobne do prącia męzkiego, jednak bez przewodu, długości 6·5 cm., podczas wzwodu zaś długość wynosiła 11 cm. Pod nim znajduje się ujście cewki moczowej, poniżej zaś wejście do pochwy zamknięte przez nienaruszoną błonę dziewiczą. Warga większa lewa wypukłona na zewnątrz tworzy duży guz w którym daje się dokładnie wybadać macica wraz z jajnikiem a od której przez przewód pachwinowy przebiega twardy postronek do jamy brzusznej. Ponieważ macica nie dała odprowadzić się do jamy brzusznej, otworzył autor worek przepuklinowy, rozciął kanał pachwinowy aż do więzu Pouparta i w tej wysokości odciął worek przepuklinowy wraz z trzonem macicy, wydłużoną zaś szyjkę macicy z otrzewną przyszył do więzu Pouparta zamykając w ten sposób przewód pachwinowy. (*Deutsche medicinische Wochenschrift. 1894. Nr. 15*). *Dr. Kośmiński.*

Herczel: O leczeniu operacyjnem wielkich ubytków przegrody pęcherzowo-pochwowej.

Znaczne ubytki w przegrodzie pęcherzowo-pochwowej nie dadzą się usunąć przez odświeżenie i zeszycie brzegów. Dawniej zatem operowano takie przetoki w kilku posiedzeniach. Z tego powodu poleca Trendelenburg ubytki takie usunąć za pomocą operacyi plastycznej, tworząc płat ze szypułą z tylnej ściany pochwy.

Bardenheuer zaś za pomocą cięcia poprowadzonego powyżej spojenia łonowego, oddzielił naprzód pęcherz moczowy

[1]) Roman Barącz. Płytki z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym sposobem Senna. *Przegląd lekarski* 1892. Nr. 23. *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszaw.* Rok 1893. Tom 89. *Centralblatt für Chirurgie* 1892. Nr. 23 i *Archiv Langenbecka.* Tom 44. zeszyt 3.

od macicy i w ten sposób zespoił brzegi przetoki. Autor opisuje przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej mającej 5 cm. wysokości a $5\frac{1}{2}$ cm. szerokości, który usunął postępując w ten sposób: W środku przedniej ściany pochwy poprowadził po obu bokach przetoki cięcia poprzeczne na 2 do 3 cm. długie, potem oddzielił około $\frac{1}{3}$ część pęcherza moczowego od przedniej ściany pochwy i zeszył po należytem okrwawieniu najpierw brzegi ścian pęcherza w kształcie litery **Y** a następnie poprowadziwszy na bocznych ścianach pochwy z każdej strony po jednem cięciu zwalniającem podłużnem, około 3 cm. długiem, zeszył w kształcie litery **H** ścianę pochwy. Wyleczenie zupełne przez rychłozrost.

Oddzielenie takie pęcherza przy operacyi przetok moczowych bardzo wysoko tkwiących, już oddawna poleca Wölfler; jak zaś obecnie doświadczenie pokazuje, sposób ten znakomicie ułatwia usunięcie znacznej wielkości ubytków w przegrodzie pęcherzowo-pochwowej. (*Wiener klinische Wochenschrift. 1894. Nr. 15*). *Dr. Kośmiński.*

Boryssowicz: **O rozszerzeniu ujścia zewnętrznego macicy za pomocą podwiązania.** (*Dilatatio ostii externi uteri ope ligaturae*).

Po opisaniu różnych sposobów, do rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy używanych, podaje autor swój sposób postępowania, który ma być łatwy do wykonania, nie wymaga długiego czasu a przedewszystkiem ma tę zaletę, że nigdy nie zawodzi. Jedynem wskazaniem do tej operacyi jest zwężenie samego ujścia zewnętrznego macicy wobec prawidłowej lub mniejszej części pochwowej. Opis operacyi: po ściągnięciu kulociągiem części pochwowej we wzierniku Simona wprowadza się kateter maciczny (Boryssowicza) mający w środku podłużne okienko do szyjki macicy w ten sposób, że otwory okienka zwrócone są na boki. Następnie igłę mocną (autor radzi igły Hagedorna) opatrzoną w nitkę podwójną, wkłuwa się w lewą stronę części pochwowej macicy na $1\frac{1}{2}$ do 2 cm. powyżej ujścia zewnętrznego tak, żeby igła w szyjce macicy przeszła przez okienko wprowadzonego kateteru i wykłuwa się ją po prawej stronie części pochwowej w odpowiedniej wysokości. Teraz równa się końce nitki ze sobą i wyciągając kateter, wyprowadza się wraz z niemi tę podwójną nitkę przeciągniętą przez szyjkę, dopóki nitka wyprowadzona ze szyjki nie zrówna się z końcami nitki leżącymi po bokach. Po przecięciu nitki tuż obok kateteru, mamy cztery nitki po dwie z każdej strony przeciągnięte przez całą grubość bocznej ściany części pochwowej. Otóż z każdej strony jedną nitką zaciągamy węzłem chirurgicznym silnie tkankę nitką tą objętą, skutkiem czego tkanka ta nie może się odżywiać, końce zaś tych nitek ucinamy krótko. Drugie dwie nitki wiąże się na węzeł dopiero 3-go do 5-go dnia w ten sam sposób. Następowe leczenie ogranicza się do przestrzykiwania pochwy; chora przez kilka dni pozostaje w łóżku. W 12 do 16-tu dni po operacyi nitki same się oddzielają. Ujście zewnętrzne przybiera po tym zabiegu kształt poprzecznej szparki (podobnej do formy biszkopta). (*Centralblatt für Gynäkologie. 1894. Nr. 3*). *Dr. Kośmiński.*

Zapiski terapeutyczne.

A. Philippson. Niektóre sposoby ułatwienia kateteryzowania w znacznych zwężeniach cewki. Jakkolwiek zazwyczaj trudności kateteryzowania wzrastają ze stopniem zwężenia cewki a znaczne zwężenia nie są bardzo pospolite, to jednakowoż i w zwężeniach, choć nie nitkowatych, jest dosyć trudności tak, iż przydadzą się skazówki, jak je pokonać.

W tej mierze proponuje autor na podstawie własnego doświadczenia, żeby zamiast prostych cewników sprężystych czyli elastycznych używać cewników sprężystych z zakrzywieniem Mercierowskiem (wyrabianych zwykle z zakrzywieniem pod kątem koło 160°, lubo Mercier podał kąt 110°), jakich się używa w razie przerostu gruczołu krokowego; przekonał się bowiem, iż katetery Marcierowskie nrów 10. lub 12. są w tym celu bardzo przydatne.

Najczęściej zwężenia cewki znajdują się mimośrodkowo i na dolnej ścianie, otwór przeto w cewce znajduje się przy górnej jej ścianie; najlepiej więc można cewnikiem przejść przez zwężenie, jeżeli dziób cewnika zwróci się ku górze. Ale nawet, gdyby zwężenie było w innem miejscu a nie na dole cewki, najprzydatniejszym jest cewnik Mercierowski, jeżeli go się ostrożnie obraca i w ten sposób wyszukuje otwór w cewce.

Thompson radzi, jak wiadomo, zamiast pomazania cewnika, wstrzyknąć do cewki 10 do 30 gramów oliwy i zatrzymać ją tam przez zaciśnienie ujścia zewnętrznego. To ułatwia bardzo przejście cewnikiem przez zwężenie. Autor idzie jeszcze dalej i poleca wstrzykiwać oliwę do cewki tuż przed zwężenie. W tym celu koniec rękojeści cewnika zaopatruje w rurkę gumianą mającą 9 cm. długości i przez nią wstrzykuje do cewnika zapomocą szklanej strzykawki, jakiej używa się do leczenia wiewióra, jednak wbrew przepisowi z wyciągniętym końcem, tyle oliwy, by wystąpiła z oka cewnika. Teraz dopiero wprowadza się cewnik, dobrze oliwą pomazany, do cewki a doszedłszy do zwężenia wstrzykuje znów do cewnika oliwę, która w ten sposób dostaje się przed samo zwężenie i znakomicie ułatwia przejście dalej. Przy całej tej manipulacyi pomaga pacyent.

Jeżeli teraz po przejściu przez zwężenie nie można dostać się cewnikiem dalej z przyczyny albo drugiego zwężenia albo siatkowatego rozszerzenia cewki poza zwężeniem a i powierzchnia cewnika przez otarcie straciła oliwę, wtedy znakomicie ułatwia całą procedurę ponowne wstrzyknienie do cewnika oliwy, która albo dostaje się teraz przed otwór drugiego zwężenia albo wygładzając nierówności cewki poza zwężeniem ułatwia pusunięcie się dalej z cewnikiem.

Doświadczenia autora odnoszą się do zwężeń cewki ponad nr 6. skali Charrièrowskiej (*Dermatologische Zeitschrift Tom I. Zeszyt 2. 1894*).

F. Ramm. Leczenie przerostu gruczołu krokowego (*prostata*) przez trzebienie. Autor dokonał w dwóch przypadkach przerostu gruczołu krokowego obustronnego wytrzebienia. W pierwszym, operowanym w Kwietniu r. 1893. gruczoł krokowy, który doszedł do wielkości średniej brzoskiwini, zmalał do końca Grudnia r. 1893. tak, iż przedstawiał tylko masę płaską, pacyent oddaje za dnia mocz według własnego swego wyrażenia się, „jak za dobrych czasów“ a w nocy co 3 godziny. W drugim przypadku tyczącym się chorego liczącego $67\frac{1}{2}$ lat, trudności w oddawaniu moczu pojawiły się jeszcze w r. 1873; pacyent używał od czasu do czasu kateteru Nelatonowskiego a w roku 1892. zrobiono mu punkcyę pęcherza moczowego ponad spojeniem kości łonowych. Od tego czasu wystąpiły przypady zapalenia pęcherza moczowego. Podczas przyjęcia do szpitala w dniu 17. Kwietnia 1893. sięgał pęcherz aż do pępka, gruczoł krokowy bardzo znacznie powiększony sterczał do odbytnicy a mocz wydobyty kateterem Mercierowskim cuchnął mocno i zawierał krew i ropę. Trzebienia dokonano 25. Kwietnia 1893. Już 6. Maja można było przekonać się o zmniejszeniu się wyraźnem gruczołu krokowego a około 1. Czerwca oddał chory mocz promieniem na długość 50 cm. od siebie. Objawy zapalenia pęcherza moczowego złagodniały. Odtąd malał dalej gruczoł krokowy, w Styczniu r. b. przedstawiał masę płaskawą z rynienką w środku, odpowiadającą cewce a zapalenie pęcherza ustąpiło zupełnie.

Z tych, jak i cudzych spostrzeżeń wnosi autor, że gruczoł krokowy należy do części płciowych, w razie zboczeń utworowych lub kastracyi przed pokwitaniem zatrzymuje wielkość jak u dziecka; po wytrzebieniu w wieku dojrzałym zanika przerosły gruczoł krokowy i z tych wszystkich przyczyn wytrzebienia można użyć w celu leczniczym do zmniejszenia przerosłego gruczołu, o którym mowa, i usunienia w ten sposób dolegliwości w oddawaniu moczu. (*Centralblatt für Chirurgie. 28. Kwietnia 1894*).

Wyleczenie niemoty histerycznej przez zaeteryzowanie. U młodej histeryczki dotkniętej od roku niemotą, w której ani elektroterapia ani sugestya tak we śnie jak i na jawie nie przyniosły pożądanego skutku, spróbowali F. Fazio, docent prywatny w uniwersytecie neapolitańskim i Dr. C. Gioffredi wdychań eteru a to na zasadzie spostrzeżenia, iż pacyentka podczas snu naturalnego mruczy słowa pod nosem. W chwili podniecenia zaraz na samym początku eteryzowania zaczęła pacyentka mówić a następnie krzyczeć i od tego czasu odzyskała trwale i stanowczo mowę. (*La semaine médicale 25. Kwietnia 1894*).

— Ponieważ sole rtęciowe, rozpuszczające się w wodzie, z powodu swego powinowactwa do białka wywierają miejscowo działanie żrące a przez to nie łatwo nadają się do wstrzykiwań podskórnych, starano się o połączenia rtęci nie mające takiego działania i wytworzono w tym celu połączenie z białkiem, które wszakże nie okazały się praktycznemi, tudzież z ciałami z gromady amidów. W ostatnich czasach wpadł Dreser na myśl połączenia rtęci z podsiarczynem potasowym w sól podwójną, składu 3 Hg $(S_2O_3) + 5 K_2S_2O_3$, podsiarczyn potasowo - rtęciowy, *hydrargyrum - kalium hyposulfurosum*, który zawiera 31·81% rtęci a otrzymuje się przez rozpuszczenie żółtego tlenku rtęci w rozczynie podsiarczynu potasowego. Według doświadczeń Dresera podsiarczyn rtęciowo - potasowy odpowiada wymaganiom terapeutycznym, bo 1) białka z rozczynów nie wydziela (nie strąca) 2) miejscowo nie działa i 3) jako połączenie o stałym składzie chemicznym pozwala na ścisłe oznaczenie dawki, przyczem pamiętać należy, że 2·32 części połączenia, o którem mowa, odpowiada 1 części sublimatu.

Według doświadczeń Camerera w Urachu wstrzyknienia podskórne podsiarczynu rtęciowo - potasowego nie są boleśniejsze od wstrzykiwań morfinowych i miejscowo całkiem nie drażnią.

— Na podstawie własnego doświadczenia zaleca Königsdorfer jako rychło a niekiedy, jakby cudownie działający środek w otruciu grzybami podskórne wstrzykiwanie strychniny (zapewne azotanu, *strychninum nitricum*. Przyp. sprawozdawcy) po miligramie. Ogólna dawka wynosiła nieraz do 12 miligramów. (*Les Nouveaux Remèdes. 24. Kwietnia 1894*).

— Ażeby strupy po użyciu w jamie ustnej kamienia piekielnego lub chlorku cynku utrzymać jak najdłużej, radzi Köbner ograniczyć ile możności wydzielanie się śliny i w tym celu przepisuje:

52) Rp. *Exti belladonnae* 0·30
Aquae amygdal. 5·00
Aquae destil. 10·00
MDin vitro guttatorio.
S. Po dwa do trzech razy dziennie zażywać po 15 do 20 kropel.

Krople te zażywa chory na 30 do 40 minut przed przypaleniem i w 2 do 3 godzin po niem; w razie potrzeby jeszcze i później. (*Dermatol. Zeitschrift. Tom I. Z. 2*).

— Przeciwko tworzeniu się czyraków (*furunculosis*) zaleca Shoemaker:

53) Rp. *Kali chlorici*
Ferri lactici
aa 1·20
Ttrae colombo 50·00
Syrupi simplicis 100·00
MDS. Trzy razy dziennie zażywać po łyżce stołowej.

— Do zażywania pepsyny z kwasem solnym nadaje się przepis:

54) Rp. *Pepsini* 5·00
Acidi muriatici 1·00
Ttrae aurantiorum amar. 5·00
Syrupi simplicis 20·00
Aquae destil. 169·00
Farm. mag. Berolin. 1894.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

III. Posiedzenie z dnia 16. Marca 1893 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 34.

1) Kol. przewodniczący zawiadamia, że z Tow. lek. wied. nadeszło podziękowanie za telegram kondolencyjny wysłany przez Sekcyę lwowską z powodu śmierci prof. Billrotha.

2) Kol. Chądzyński zdaje sprawę ze składek na rzecz przeniesienia zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego.

3) Kol. Ziembicki przedstawia chorego z nowotworem w okolicy nasady nosa i na czole. Gruczoły chłonne obrzękłe. Rozpoznanie niepewne. Kol. Z. przedstawi rzecz później po zbadaniu drobnowidowem kawałka wyciętego z guza i zbadaniu krwi.

4) Kol. Krobicki przedstawia: *a*) chorą z owrzodzeniem na podniebieniu miękkiem; *b*) kamień znacznej wielkości, który się samoistnie wydzielił ze ślinianki podszczękowej.

5) Kol. Krokiewicz przedstawia preparaty anatomo-patologiczne:

a) Owrzodzenie gruźlicze znacznych rozmiarów w kiszce ślepej. Na dnie wrzodu wybujałości łącznotkankowe polipowate (*enteritis polyposa* Leberta);

b) nekrotyzujące zapalenie błony śluzowej gardzieła, najprawdopodobniej wywołane forsownem wprowadzaniem zgłębników żołądkowych;

c) przypadek raka części pochwowej macicy z przerzutami w całej jamie Douglasa i w pęcherzu moczowym;

d) *endocarditis mitralis ulcerosa atheromatosa;*

e) przypadek licznych kilaków mięśnia sercowego (*myocarditis gummosa s. syphilomata cordis*). Z objawów za życia spostrzeganych zwraca uwagę na znaczną sinicę, duszność, tętno bardzo zwolnione (40), nieumiarowe, objawy zastoju żylnego we wszystkich narządach. Serce znacznie powiększone (*cor bovinum*), stożek tętnicy płucnej i mięsień sercowy zajęty przez liczne kilaki wielkości orzecha laskowego do wielkości orzecha włoskiego. Na wątrobie kilka blizn promienistych. W innych narządach nie ma zmian kiłowych. Nadto przedstawia kol. K. preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

6) Kol. Merunowicz miał wykład o epidemii duru brzusznego we Lwowie w Marcu 1893 roku. Sporadyczne przypadki duru brzusznego wciąż się u nas wydarzają tak, że dur brzuszny we Lwowie prawie nigdy zupełnie nie wygasa. Od czasu do czasu przypadki te mnożąc się przybierają charakter epidemii. W epidemiach z kilku lat ostatnich zrobiono spostrzeżenie, że najwięcej przypadków zachorowania wydarzało się w dzielnicy Łyczakowskiej albo, że ta dzielnica była wprost ogniskiem zarazy. Przyczyną tych stósunków jest niedostateczne zaopatrzenie miasta a w szczególności dzielnicy Łyczakowskiej w dobrą wodę. Najwybitniejszy dowód tego dała ostatnia epidemia wybuchła w Marcu 1893 r. Dolna część dzielnicy Łyczakowskiej otrzymuje wodę z 4 źródeł. (Demonstr. planu wodociągów w dzielnicy Łyczakowskiej). Zdarzyło się wówczas, że dwie główne rury wodociągowe, dostarczające wody z dwóch źródeł, w skutek silnych mrozów zamarzły a ponieważ trzecie źródło dostarczało tylko niewielkiej ilości wody, przeto dzielnica cała przez dłuższy czas była zaopatrywaną w wodę prawie wyłącznie ze źródła t. zw. Dominikańskiego. Źródło to, składające się z dwóch studni i ze zbiornika, ma wodę zaskórną, zaopatrzenie studni od zewnątrz jest niedostateczne a wyżej położona studnia znajduje się w pobliżu realności i wychodków bardzo zaniedbanych. Nasunęło się tedy przypuszczenie, że zanieczyszczenie wody z tego źródła odchodami z sąsiednich realności i wychodków, jest przyczyną epidemii i w skutek tego po przedstawieniu tych okoliczności, zarządził magistrat w dniu 25. Marca zamknięcie źródeł Dominikańskich. Przypuszczenie powyższe potwierdziło się przez okoliczność, że od tego czasu liczba dzienna nowych przypadków zachorowania zaczęła się szybko zmniejszać i epidemia wygasać tak, że od 6. Maja nie przybywali nowi chorzy, skutkiem czego z końcem Maja zamknięto szpital epidemiczny. (Demonstracya tablicy przedstawiającej graficznie dzienny przyrost chorych). W tej epidemii widocznie woda była roznosicielem zarazka.

Następnie kol. Merunowicz opisuje tegoroczną epidemię duru osutkowego (*typhus exanthematicus*) wybuchłą w przytulisku brata Alberta. Tutaj złym stósunkom higienicznym należy przypisać szybki wzrost epidemii, która po zamknięciu przytuliska i otwarciu szpitala epidemicznego zaczęła się zmniejszać a obecnie zupełnie wygasła.

W dyskusyi nad tym wykładem przemawiali koll.: Dębicki Klemens, Pawlikowski, Merunowicz i Krokiewicz.

7) Kol. Pawlikowski przedstawia tablicę śmiertelności z duru brzusznego w latach od 1873 do 1893.

Na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 2. Maja 1894 r.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego postanowił na posiedzeniu w dniu 28. z. m. przedstawić do nominacyi na profesora anatomii opisowej w miejsce ustępującego prof. Dra Ludwika Teichmanna Dra Kazimierza Kostaneckiego profesora nadzwyczajnego anatomii porównawczej w Uniw. Jagiell., na opróżnioną zaś przez śmierć prof. Madurowicza katedrę położnictwa i ginekologii terno w następującym porządku: 1) Dr. Henryk Jordan, prof. nadzwyczajny; 2) Dr. Antoni Mars, prof. nadzwyczajny i 3) Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

— Dnia 2. b. m. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w sali wykładowej chemii ogólnej. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia wyłożył kol. prof. Jaworski rzecz o prześwietlaniu jam ustroju, głównie żołądka, za pomocą elektryczności, objaśniając wykład swój demonstracyą na kilku chorych z kliniki prof. Korczyńskiego. Następnie kol. Szymonowicz przedstawił liczne preparaty mikroskopowe zębiny, barwione metodą Zimmermanna, wreszcie kol. Korczyński Ludomił miał odczyt p. t.: *Przyczynek do etyologii wad sercowych.*

— Wydział krajowy zamianował Drów Stanisława Karpińskiego, asystenta katedry anatomii opisowej w Uniwersytecie Jagiell. i Leopolda Heima, praktykanta szpitalnego sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— **Wykaz** zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich w roku bieżącym lekarzy Polaków: Birsztany Rodecki. Busko: Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Radziszewski, Sulimirski. Ciechocinek: Certowicz, Lubowski, Pajewski, Ruppert, Stockmann, Tannenbaum, Wohlberg. Cieplice czeskie: Skrzyński. Druskienniki: Bujakowski, Szepietowski. Eichwald: Kuryś. Elster: Błociszewski. Francensbad: Dębicki, Frenkel, Kittel, Rosner. Gleichenberg: Brühl, Bulikowski. Inowrocław: Krzymiński, Przybyszewski. Iwonicz: Dębicki, Kaden, Łukasiewicz, Rościszewski. Jaworze: Kowalski. Karlsbad: Hassewicz, Kretowicz, Rosenberg, Sternberg, Stiche, Toepfer, Tugendhat. Kissingen: Chłapowski. Krynica: Aszkenazy, Blatteis, Cercha, Ebers, Gembarzewski, Glücksmann, Kmietowicz, Kopff, Lorentski, Michalik, Roth, Skórczewski, Waligórski. Landeck: Ostrowicz, Pomorski. Maryenbad: Dobieszewski, Harajewicz, Jaroszyński, Kaufmann, Waligórski. Meran: Brühl. Morszyn: Medvey. Nałęczów: Chełchowski, Chmielewski, Doliński. Nusbaum. Niekłań: Misiewicz. Rabka: Głuchowski, Momidłowski. Reichenhall: Goldschmidt. Reinerz: Stan. Rymanów: Dukiet, Jodłowski, Krzyszkowski, Pelczar, Regiec. Schinznach: Tymowski. Sławuta: Dobrzycki, Dzierzbicki, Przesmycki. Solec: Daniewski. Siarczyński. Swoszowice: Tislowitz. Szczawnica: Doskowski, Głuziński, Hammerschlag, Kołaczkowski, L. Korczyński, Kruszyński, Nieszkowski, Ściborowski. Truskawiec: Dekański, Kozłowski, Plech, Steinhaus. Wysowa: Jarosz. Zakopane: Buzdygan, Chramiec, Chwistek, Kulczyński, Piasecki, Smoręgiewicz. Żegiestów: Hojnacki.

— Donoszą nam, że zdrojowisko jodowo-solankowe **Bad Hall** w Austryi Górnej tak się podniosło w latach ubiegłych, że tamtejszy Wydział krajowy jako zarządca tego zdrojowiska postarał się w sposób stósowny a mianowicie przez wybudowanie nowego zbiornika na wodę jodową, aby nawet wobec największej frekwencyi nie zabrakło kąpieli. Nadto zaprowadzono szereg znacznych ulepszeń dla komfortu i wygody gości, nawet wybredniejszych.

— Z 66. Zjazdem niemieckich przyrodników i lekarzy odbyć się mającym w końcu Września b. r. w Wiedniu, połączona będzie wystawa z zakresu nauk przyrodniczych i medycyny. Chcący w tej wystawie wziąć udział, mają do 20. Czerwca zgłaszać się do komitetu wystawy w Wiedniu (I. Uniwersytet), który udzieli na żądanie wszelkich potrzebnych objaśnień i druków.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Paryżu Dr. Landowski; w Pradze Dr. W. Steffal, profesor anatomii opisowej w czeskim Wydziale lekarskim; w Kołoszwarze Dr. E. Szilagyi, profesor oftalmologii w tamtejszym Wydziale lekarskim; w Madrycie Dr. D. Feliks Aramendia y Bolea, profesor kliniki lekarskiej; w Kaliszu Dr. Józef Cytwic.

Redakcya otrzymała:

Dr. Józef Zawadzki. Przypadek ostrego otrucia leczniczemi dawkami kreozotu Warszawa 1893.

Tenże. O siarkowodorze w żołądku rozszerzonym. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej* 1894).

Dr. Anton v. Hołowiński. Physiologische und klinische Anwendungen eines neuen Mikrophons (Rhytmophons) bei der Auscultation von Herz- und Pulsbewegungen. (Odbitka z *Zeitschrift für klin. Medicin.*

Dr. B. R. Gepner (syn). O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. (Odbitka z *Medycyny*).

Tenże. Dwa przypadki torbieli tęczówki. (Odbitka z *Medycyny*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się sprawozdanie zakładu zdrojowo-kąpielowego w Szczawnicy.

L. 1294.

KONKURS.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Jabłonowie w powiecie Kołomyjskim położonej rozpisuje się konkurs pod warunkami w §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 r. Nr. 18. dz. ust. kraj. zastrzeżonemi.

Roczna płaca wynosi 500 złr. oraz na koszta podróży służbowych ryczałt 227 złr.

Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Podania mają być wnoszone najpóźniej do 15. Maja 1894 r. do Wydziału Rady powiatowej w Kołomyi.

Kołomyja dnia 19. Kwietnia 1894.

Prezes:
Kruszelnicki.

105—3—2

KONKURS

na stypendyum fundacyi ś. p. Kasparka, rocznie 2000 franków, na dwa lata, dla uczniów, którzy ukończyli studya medyczne w Krakowie i chcą kształcić się dalej w Paryżu.

Podania wnosić należy na ręce dziekana Wydz. lek. do dnia 16. Maja 1894.

Kraków dnia 1. Maja 1894. ***Browicz.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 12. Maja 1894 r. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Pizy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.

Napisał

Dr. Tadeusz Mayzel,

sekundaryusz oddziału.

Odczyt w dniu 4. Października 1893 roku w Towarzystwie lek. krak.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Doświadczenia powyższe upoważniają mię do następujących wniosków:

I. Zgodnie z doświadczeniami prof. Langa łagodne formy kiły ustępują szybko, bo wysypki skórne znikają nieraz już po dwóch wstrzykiwaniach; również ustępują szybko zmiany kiłowe na błonach śluzowych i to nawet bez pomocy leczenia miejscowego.

Cięższe formy (guzkowe) ustępują powolniej, jednak w każdym razie prędzej, aniżeli po żółtym tlenku rtęci, lub chlorku rtęciowym.

Olej szary nie zapobiega występowaniu świeżych wykwitów kiły na skórze, co o tyle nie zmniejsza wartości oleju szarego, skoro wiadomo, że nawet przy najenergiczniejszem leczeniu rtęciowem wydarza się toż samo. Dlatego przypadki tego rodzaju nie mogą osłabiać wartości oleju szarego, skoro w przeważnej liczbie przypadków otrzymaliśmy pomyślne i pożądane wyniki lecznicze.

II. Wstrzykiwania oleju szarego nie wywołują w porównaniu do innych metod leczenia ogólnego żadnych cięższych objawów ubocznych, zawisłych od działania swoistego rtęci; zaznaczyć jednak należy, że przypadki lekkiego zatrucia rtęciowego są — o ile wnosić mogę z doświadczeń powyższych — przeciwnie, jak to twierdzi prof. Lang, dość częste (na 39 przypadków 6 razy), lecz nie przybierają one znaczniejszego nasilenia i przeważnie ustępują w przerwach między wstrzykiwaniami. Tylko w dwóch przypadkach musieliśmy przerwać leczenie z powodu zajęcia dziąseł i wewnętrznej strony policzków. (zob. przypadek 37.).

III. Dawki oleju szarego, potrzebne do usunięcia zmian kiłowych powrotnych, zgadzają się z ilością, podaną przez prof. Langa; wynoszą one razem średnio 0·40 *ol. ciner. mitis.* Natomiast dostrzegliśmy, że w przypadkach kiły świeżej, jeszcze nie leczonej i to w większej części przypadków wyleczonych, ilość wprowadzonego do ustroju oleju szarego jest stósunkowo znacznie mniejsza, niż podaje to Lang (1·50 — 2·00 *ol. mite* według Langa). Dotąd bowiem nie przekroczyliśmy jeszcze ilości 1·10 *ol. ciner. mitis* (średnio 0·69) a przecież w większej części przypadków zmiany kiłowe, nawet dość znaczne ustąpiły zupełnie. Zwrócić tu wypada jeszcze uwagę na jedną okoliczność, że w leczeniu kiły, według przyjętej w naszym oddziale zasady, zwracamy zawsze baczne oko w pierwszym rzędzie na stan ogólny chorego i w każdym przypadku staramy się postawić ustrój zakażony w jak najkorzystniejszych okolicznościach, bądź to przez odpowiednią dyetę, bądź też przez stósowanie leków, mających na celu poprawienie ogólnego stanu zdrowia.

IV. Co do czasu, w jakim recydywy występują i ich rodzaju, naturalnie z powodu krótkiego czasu doświadczeń, własnego przekonania nabrać jeszcze nie mogliśmy, zastrzegając to sobie na później; dziś polegać należy na zdaniu Langa, który i pod tym względem bardzo ceni olej szary.

V. Na ostatniem miejscu zastanowić się wypada nad wartością techniczną injekcyi oleju szarego. Tutaj wyniki nasze nie zgadzają się z publikacyą prof. Langa. We wszystkich bowiem prawie przypadkach, w których używano wstrzykiwań podskórnych w plecy, tworzyły się — jak to przytoczono w kazuistyce — nacieki głębokie, bolesne, które zrazu bardzo nieznaczne, powiększały się dopiero w kilka dni po wstrzykiwaniu i dochodziły do wielkości orzecha włoskiego a które w czterech miejscach przeszły w ropnie, w innych zaś uległy bardzo powoli wessaniu, przyczem jednak stan ogólny chorego nigdy na tem nie cierpiał.

Że tworzenie się tych nacieków nie zawisło chyba od błędu w wstrzykiwaniu, przemawiałaby za tem ta okoliczność, że ze wstrzykiwania innych przetworów rtęciowych, rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych, które w ciągu lat zrobiono w naszym oddziale, nie mieliśmy żadnego ropnia w miejscu wstrzyknięcia. Wszystkich ostrożności, polecanych przy wstrzykiwaniach przez prof. Langa, przestrzegaliśmy pilnie.

Przetwór, sprowadzony wprost ze źródła, zasługuje chyba również na zaufanie tak, iż ostatecznie tworzenie się tych nacieków trudno sobie inaczej wytłómaczyć, jak tylko względną płytkością wstrzykiwań w tkankę komórkową podskórną, która w ogólności do wstrzykiwań przetworów nierozpuszczalnych niebardzo się nadaje. W ostatnich dwóch miesiącach znieśliśmy z powodu tej znacznej reakcyi injekcye podskórne a rozpoczęliśmy wstrzykiwać olej szary miąższowo w pośladki (czego prof. Lang wprawdzie nie zaleca, jakkolwiek nie objaśnia przyczyny tego przeciwwskazania) i doznaliśmy przyjemnego zdziwienia, gdyż dotąd w żadnym przypadku — a zrobiono takich injekcyj około 200 — nie stwierdziliśmy ani wybitniejszego nacieku, ani też bólów, trwających nieraz godzinami, jak się to wydarza przy innych przetworach rtęciowych osadowych. (W dwóch przypadkach stwierdzono powierzchowne ropienie, co zdaje się pochodziło od zanieczyszczenia przetworu, gdyż użyto jego resztek). Jeżeli zatem wstrzykiwania miąższowe oleju szarego, okażą się w dalszym ciągu tak wygodnemi, jak dotąd, to istotnie pod tym względem metodzie tej nic zarzucić się nie da.

A teraz jeszcze jedno pytanie? Jakie stanowisko zająć nam wypada wobec przeciwników oleju szarego; czy mianowicie polegając na wywodach prof. Langa, pominąć należy milczeniem zarzuty, czynione przez Dra Hallopeau, prof. Kaposiego, doc. Dra H. Hebrę, czy też choćby częściowo uwzględnić zarzuty i liczyć się z nimi? Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy sobie przywieść na uwagę, w jakiej formie, w jakim czasie i jakiej ilości następuje wessanie i wydzielanie się rtęci z ustroju, wprowadzonej w postaci przetworów nierozpuszczalnych. W jakiejkolwiek formie wprowadzi się rtęć do ustroju, musi ona najprawdopodobniej krążyć we krwi w postaci rozpuszczalnej, a zatem przedewszystkiem utlenia się wprost i wchodzi następnie w połączenie z białkiem ustrojowem, w końcu zaś jako białkan rtęciowy, rozpuszczalny, zostaje wessaną i złożoną w różnych tkankach, zkąd drogami wydalin ustrojowych wychodzi z organizmu. Czy przyjmiemy zgodnie z Paschkisem, że pierwotnie rtęć utlenia się w ustroju, zanim wejdzie w połączenie z białkiem ustrojowem, czy zgodnie z Overbeckiem, że najpierw utleniona rtęć łączy się z chlorem w sublimat a dopiero następnie z białkiem, czy też wreszcie, że rtęć metaliczna łączy się wprost z białkiem, zawsze każda z tych teoryj przyjmuje przemianę rtęci w przetwór rozpuszczalny. Naturalnie do przemiany takiej potrzeba pewnego czasu a to stósownie do postaci i ilości wprowadzonego przetworu rtęciowego. Że najwięcej czasu do wessania potrzebuje rtęć metaliczna, potem przetwory nierozpuszczalne a w końcu przetwory rozpuszczalne, to z teoryi powyższej wprost wypływa.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Z dwiema rycinami).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Badanie dnia 5. Sierpnia 1893. wykazuje: Chłopiec miernie zbudowany, licho odżywiony, cera twarzy zdrowa, wargi i dziąsła blade. Brzuch płaski. Po stronie prawej brzucha dostrzedz można na 5 cm. powyżej kolca przedniego górnego (*spina anterior superior*) lekkie wzniesienie powłok, płaskie, rozlane. Za obmacaniem wykryto w brzuchu po stronie prawej, w środku linii łączącej kolec przedni górny z pępkiem guz twardy, gładki, wielkości sporego jaja kurzego. Guz ten jest nieco bolesny, ruchomy osobliwie w kierunku od góry ku dołowi, mniej ruchomy w kierunkach bocznych. Po wypróżnieniu przewodu pokarmowego olejem rącznikowym, guz ten występuje nieco wybitniej. Wywołanie sztuczne wzdęcia brzucha przez podanie wewnętrzne mięszaniny musującej, nie przyczynia się do wyświecenia położenia guza. Rozpoznano nowotwór złośliwy kiszki ślepej.

Dnia 12. Sierpnia po południu podano choremu olej rącznikowy a dnia 13. Sierpnia 1893. o godzinie 9. rano przystąpiono do laparotomii przy łaskawej pomocy Drów Schramma i Piseka. Przed samą operacyą wstrzyknięto podskórnie 0·015 morfiny. Narkoza chloroformem naprzemian z eterem. Cięcie skórne poprowadzono od punktu tuż powyżej więzu Pouparta, prowadząc je pionowo ku górze ponad obrzękiem do długości 10 cm. Po otwarciu jamy brzusznej wkroczono dwoma palcami w głąb i z łatwością odszukano obrzęk, leżący jednak dość głęboko. Guz okazał się wielkości pomarańczy średniej wielkości i nie dawał się wydobyć na zewnątrz. Dopiero po przedłużeniu cięcia w powłokach brzusznych ku górze na 4 cm. dał się guz wydobyć z trudnością na zewnątrz.

Obrzęk zajmował jelito ślepe a od dołu można było z łatwością wykazać wchodzący w nie koniec jelita biodrowego, wgłobiony w jelito ślepe i zrosły z niem zupełnie. W obrzęku znaleziono od tyłu guz bardzo twardy, wielkości małego jaja kurzego; z przodu można było wykazać kilka ciał ruchomych wielkości orzecha laskowego, które można było uważać za wgłobione *appendices epiploicae*.

Zrazu zamierzałem wykonać tylko enteroanastomozę jelita biodrowego, położonego tuż powyżej obrzęku z jelitem grubem wstępującem, t. j. częścią znajdującą się poniżej obrzęku. Wobec tego, że guz w tylnej części obrzęku wydawał mi się nowotworem złośliwym i ze względu na wiek chorego operacya doszczętna wydała mi się zabiegiem racyonalniejszym i zdecydowałem się na resekcyę jelita wraz z obrzękiem, pomimo tego, że kreska była stósunkowo bardzo krótka. Plan miałem przytem następujący: przeciąć jelito biodrowe i okrężnicę wstępującą, zaszyć ślepo obwodowe końce resekowanych jelit, przeciąć i podwiązać częściowo *en masse* kreskę i wyłuszczyć nowotwór; następnie połączyć resekowane i ślepo zaszyte końce jelita biodrowego i okrężnicy wstępującej za pomocą szwu płytkowego z brukwi sposobem Senna.

W tym celu, po usunięciu palcami kału, założyłem dwa uciskadła Makinsa na jelicie biodrowem, przeciąłem je na poprzek nożyczkami, wgłobiłem koniec doprowadzający ku wnętrzu [1]) i zaszyłem ślepo szwem kuśnierskim jednopiętrowym. Podobnie postąpiłem sobie z jelitem grubem, wstępującem z tą różnicą, że tu wgłobiłem i zaszyłem ślepo koniec odprowadzający; tu jednak musiałem podwiązać kilka krwawiących tętnic przed wgłobieniem.

[1]) Postępowanie Senna.

Przystąpiłem do resekcyi jelita biodrowego i ślepego wraz z nowotworem i okrężnicy wstępującej. W tym celu podwiązałem częściowo *en masse* najpierw kreskę należącą do jelita biodrowego i przeciąłem klinowo częściowo dość znaczny kawał kreski. Natrafiwszy przy dalszej resekcyi kreski na znaczne trudności z powodu znacznej głębi i mocnych zrostów, zaniechałem na razie dalszej resekcyi kreski jelita biodrowego i przystąpiłem do resekcyi *mesocolon*. Tu natrafiłem na znaczniejsze jeszcze trudności z powodu krótkości *mesocolon* i znacznych w niem naczyń.

Ponieważ operacya trwała już $1\frac{1}{2}$ godziny a jeszcze pozostawała znaczna część kreski do resekcyi, ponieważ kreska okazała się bardzo grubą i w naczynia bardzo obficie zaopatrzoną a nadto nie dawała się obejść dokoła palcem dla zrostów, ponieważ nadto odkryto pasmo grube, odchodzące od jelita ślepego ku dołowi i na zewnątrz, które wydawało się światłem jelita (prawdopodobnie światło przyrosłej pętli jelita cienkiego), odstąpiłem od dalszego zabiegu wyłuszczania.

Pozostawały mi trzy sposoby zakończenia operacyi: albo przez wszycie końca okrężnicy wstępującej w powłoki brzuszne i zaszycie ślepe końca resekowanego jelita biodrowego, albo przez wszycie obu końców resekowanych w powłoki brzuszne (wykluczenie częściowe), albo wreszcie przez zaszycie ślepe obu końców resekowanych tak jelita biodrowego, jak i okrężnicy wstępującej (wykluczenie zupełne).

Wybrałem ostatni sposób, t. j. zeszyłem ślepo po wgłobieniu najpierw koniec resekowany jelita biodrowego, następnie koniec okrężnicy wstępującej podobnie, jak to uczyniłem poprzednio z częściami przeznaczonemi do ileokolostomii. Nakoniec wykonałem ileokolostomię sposobem S e n n a. Użyłem przytem płytek z brukwi przyrządzonych od 2 dni [1]). Wymiary obu płytek były następujące: długość $6\frac{1}{2}$ cm., szerokość 2·7 cm., grubość 0·5 cm., długość otworu centralnego 5 cm. Po usunięciu kału palcami od ślepo zaszytego końca jelita biodrowego i założeniu uciskadła, naciąłem jelito biodrowe w odległości około $3\frac{1}{2}$ cm. od ślepo zaszytego końca na wolnym brzegu, wprowadziłem płytkę, uskuteczniłem skaryfikacyę błony surowiczej i przeszyłem przez ścianę jelita szwy ustalające. Podobnie postąpiłem ze ślepo zaszytym końcem obwodowym jelita grubego, tylko cięcie zrobiono tu przez pomyłkę nieco za blisko przyczepu kreski zamiast na wolnym brzegu jelita (naprzeciw przyczepu kreski). Następnie założyłem rzadki szew kuśnierski z cienkiego jedwabiu na wewnętrznych brzegach płytek, związałem wszystkie szwy płytkowe i założyłem znów rzadki szew kuśnierski na zewnętrznych brzegach i końcach płytek. Miejsce enterorafii przykryłem i obwinąłem siecią większą.

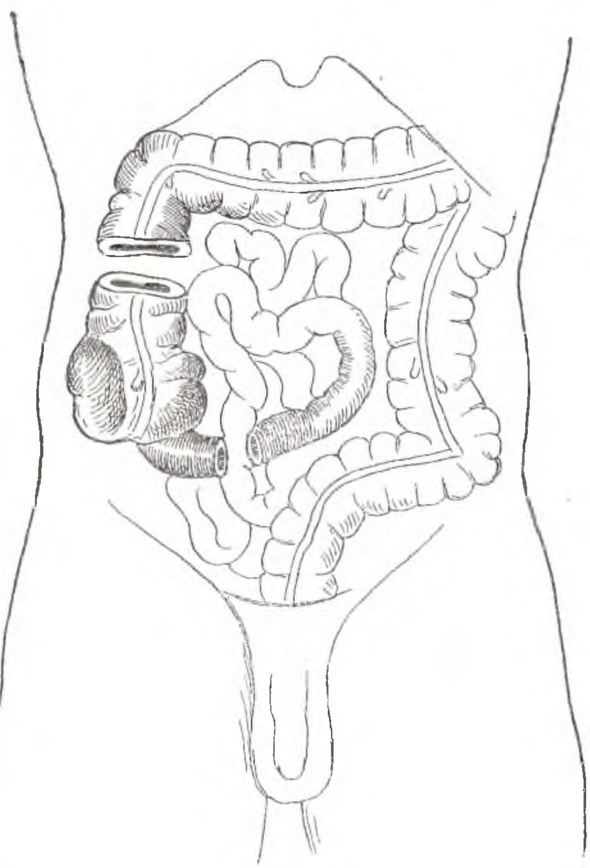


Fig. 1.

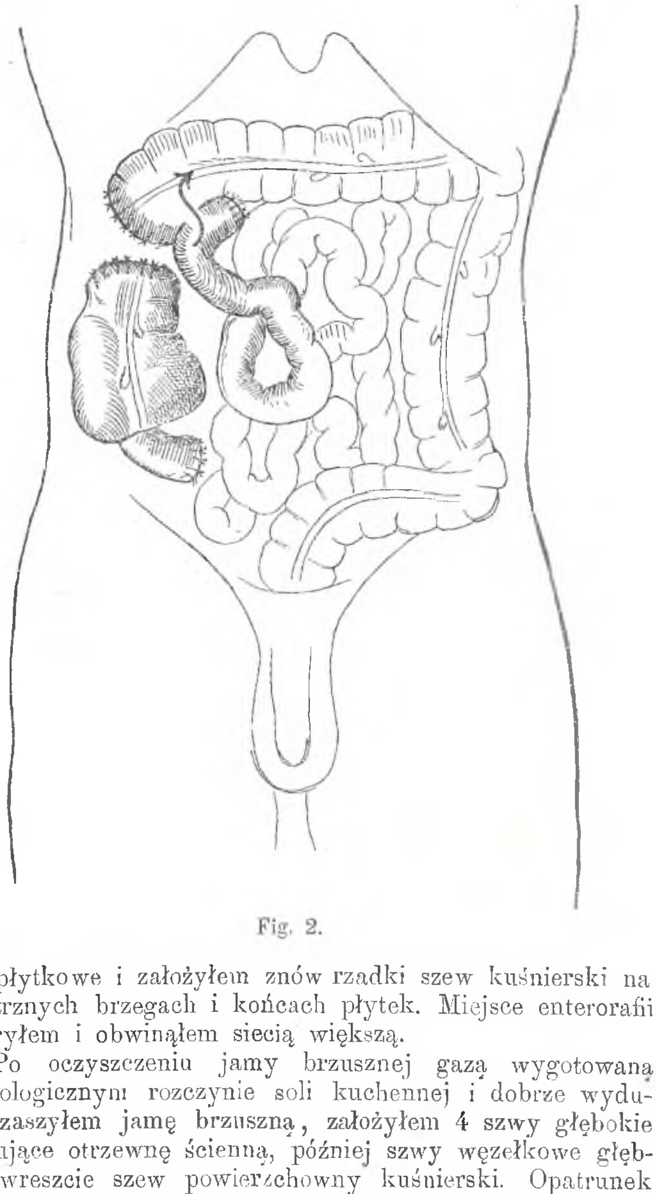


Fig. 2.

Po oczyszczeniu jamy brzusznej gazą wygotowaną w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej i dobrze wyduszoną zaszyłem jamę brzuszną, założyłem 4 szwy głębokie obejmujące otrzewnę ścienną, później szwy węzełkowe głębsze a wreszcie szew powierzchowny kuśnierski. Opatrunek jodoformowy. Operacya trwała 2 godziny. Chory przy końcu operacyi znajdywał się w dość znacznym zapadzie, tętno 120, wargi blade. O r d y n a c y a: bańki gorące w nogi, podawanie łyżeczkami mocnego wina a w razie pragnienia wody przegotowanej.

P r z e b i e g p o o p e r a c y j n y.

Zapad ustąpił do wieczora. Ciepłota podniosła się w dniu operacyi do 38·0, później stan bezgorączkowy. Od 2-go dnia po operacyi wystąpiły uporczywe wymioty i bardzo znaczne wzdęcie brzucha, utrzymujące się przez trzy dni. Wymioty ustąpiły po wstrzymaniu zupełnem odżywiania przez usta i po podawaniu lawatyw odżywczych (z kleiku, peptonu Kemmericha i koniaku) przez kilka dni po operacyi. Wzdęcie brzucha ustąpiło po zastosowaniu worka z lodem na powłoki brzuszne, wlewań wysokich z wody ciepłej z solą i po wprowadzeniu drenu grubego do odbytnicy na kilka dni. Drugiego dnia po operacyi wystąpiła uporczywa czkawka i rozpierający ból w brzuchu z powodu znacznego wzdęcia, które ustąpiły po stosowaniu podskórnem morfiny. Od drugiego dnia po operacyi wystąpiły trudności z oddawaniem moczu,

[1]) Płytki te były za wiotkie, ponieważ nie były świeżo przyrządzone, lecz 2 dni mokły w wodzie.

utrzymywały się przez kilka dni tak, iż trzeba było chorego kateteryzować. Tętno spadło drugiego dnia po operacyi do 100 uderzeń na minutę a 3-go dnia po operacyi do 80 uderzeń. Oddech przez następny dzień po operacyi był również znacznie przyspieszony, liczba oddechów dochodziła do 40 na minutę; od 4-go dnia po operacyi liczba oddechów była prawidłowa. Pierwsze wiatry odeszły 16. Sierpnia, t. j. 3-go dnia po operacyi, 18. Sierpnia zaś t. j. 5-go dnia po operacyi miał chory pierwszy obfity stolec. Śladu płytek nie znaleziono w stolcach.

Dnia 19. Sierpnia wieczorem ciepłota podniosła się do 37·9 i wystąpił ból w ranie. Przy niezwłocznej zmianie opatrunku znaleziono górną część rany zaczerwienioną; dlatego wyjąłem kilka szwów węzełkowych.

Dnia 20. Sierpnia rano ciepłota 38·0, dlatego ponowna zmiana opatrunku; po rozerwaniu zaczerwienionej górnej części rany, natrafiono na mały ropień, z którego wydobyto łyżeczkę kawową ropy.

Od dnia 28. Sierpnia, t. j. 15-go dnia po operacyi chory wstaje z łóżka i przechadza się.

Dnia 29. Sierpnia rana zupełnie zabliźniona.

Od dnia 22. Sierpnia pozwolono choremu spożywać pokarmy na wpół stałe, od dnia 24. Sierpnia zaś pokarmy stałe.

Ciepłota podniosła się raz jeszcze do 38·4 dnia 7. Września skutkiem błędu dyetetycznego; po podaniu olejku rącznikowego i obfitym stolcu opadła trwale do stanu prawidłowego.

Chory odjechał do domu dnia 30. Września w następującym stanie: cera blada, wargi blade. Na brzuchu po stronie prawej znajduje się blizna równoległa do linii białej na $9^1/_2$ cm. długa, różowo zabarwiona. Wypuk wykazuje wszędzie na brzuchu odgłos bębenkowy; tylko na zewnątrz od blizny pomiędzy ostatniem żebrem a grzebieniem kości biodrowej znajduje się stłumienie. Przez omacywanie nie można wykazać w brzuchu żadnego obrzęku; jedynie po stronie prawej na zewnątrz od blizny czuć nieco większy opór, aniżeli po stronie lewej brzucha. Bóle, wymioty, przelewania się pokarmów, uporczywe zaparcia stolca ustąpiły trwale a chory czuje się obecnie zupełnie zdrowym.

Chory zgłosił się dnia 27. Października w zupełnem zdrowiu. B a d a n i e wykazuje: wejrzenie dobre, cera twarzy czerstwa, wargi różowe. W odległości 1 cm. na zewnątrz od górnego końca blizny a w odległości 2 cm. poniżej łuku żebrowego wyczuć można przy obmacywaniu powłok brzusznych mały rozstęp w mięśniach brzusznych. Rozstęp ten da się wyczuć w postaci dołka otoczonego dokoła ostro odgraniczonym brzegiem. W otwór ten daje się wprowadzić koniec palca średniego. Przy kaszlu nie można wykazać wypuklania się jelit w tem miejscu. Za obmacywaniem i opukiwaniem brzucha wynik badania zupełnie prawidłowy; w okolicy jelita ślepego nie można wykryć żadnego stwardnienia. Chory waży 41 kilogramów.

Polecono używanie lekko uciskającej peloty na rozstęp w powłokach brzusznych.

Chory zgłosił się 14. Grudnia. Stan ten sam. Waży $42^3/_4$ kilogramów.

Chory zgłosił się następnie dnia 14. Stycznia b. r. a więc w pięć miesięcy po operacyi. Stan ten sam; waży obecnie 46 kilogramów a więc od końca Października do połowy Stycznia b. r. przybyło mu 5 kilogramów na wadze.

Chory zgłosił się do mnie w zupełnem zdrowiu dnia 22. Lutego 1894. a więc w $6^1/_2$ miesięcy po operacyi. Utył na twarzy, wygląda czerstwo, waży 46 kilogramów [1]).

Przypadek mój powyżej opisany jest z wielu względów pouczającym. Najpierw różni on się od trzech, dotychczas znanych przypadków wykluczenia jelita ślepego na osobie żyjącej tem, że **w y k l u c z y ł e m w n i m j e l i t o t o z u p e ł n i e t. j. z a s z y ł e m ś l e p o o b a k o ń c e.** Przyczyną były następujące okoliczności: Wykluczając niezupełnie byłbym naraził chorego na znaczne niedogodności przetoki kałowej, której usunięcie mogło wymagać powtórnego zabiegu. Powtóre znane mi były przypadki zupełnego wykluczenia jelita u psów, w których zwierzęta te zabieg zupełnie dobrze zniosły i żyły całymi miesiącami (do 10 miesięcy) nie objawiając żadnego stanu chorobowego; sekcya wykazywała u nich ściany jelita wykluczonego prawidłowe a treść w wykluczonej pętli była bardzo skąpa (przypadki S a l z e r a i K l e c k i e g o). Wreszcie przypadki niezupełnego wykluczenia jelita na osobie żyjącej opisane przez F r a n k a i E i s e l s b e r g a pouczyły mnie, że wykluczona pętla u człowieka nie wydziela prawie wcale kału [1]). Wykluczając więc zupełnie jelito w swoim przypadku, opierałem się nie tylko na wynikach doświadczeń na psach, ale także i na (skąpem wprawdzie) doświadczeniu klinicznem.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Zgłosił się nakoniec już podczas korekty niniejszej pracy dnia 6. Maja r. b. a więc prawie w 9 miesięcy po operacyi w zupełnem zdrowiu.

[1]) W przypadku F r a n k a przetoka jelita biodrowego zwęziła się już po kilku dniach do wielkości grochu, przetoka jelita grubego zaś wydzielała tylko skąpą ilość śluzu. W przypadku E i s e l s b e r g a przetoka tylko w pierwszym dniu po operacyi wydzieliła odrobinę kału, następnie wydzielała tylko bardzo mało śluzu.

III. Z Zakładu hijienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał
Dr. S. Lachowicz z Wilna.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Przechodząc nareszcie do dalszych szczegółów pracy Ficka, muszę również choć pokrótce roztrząsnąć sposób brania przez niego materyału z worka spojówkowego tak dla badania mikroskopowego, jak dla szczepienia na gruntach pożywczych, oraz ewentualne szczepienie czystej hodowli królikom. Jak wyżej przytoczyłem, autor zwykle brał do celów pierwszych dwóch kategoryj platynowem uszkiem sterylizowanem kawałeczki śluzu (*Schleimflocken*) z załamka spojówkowego dolnej powieki, lub też w okolicy mięska łzowego (*caruncula lacrymalis*) i tylko w razach, kiedy już nie mógł dostrzedz najmniejszego śladu pożądanego strzępka śluzu, brał czystą ciecz łzowo-śluzową. Niewątpliwie, że w przytoczonym sposobie autora dostrzega się pewną jednostronność, przynajmniej co do zdrowych worków spojówkowych. W rzeczy samej, wszak chodzi o zbadanie bakteryologiczne treści zdrowych worków spojówkowych, czyli innemi słowy o zbadanie prawidłowej wydzieliny spojówkowej, jako produktu fizyologicznego; wydzielina zaś ta, jak wiadomo, w stanie prawidłowym zawsze jest płynem wodnistym, nie zawierającym w sobie żadnych widocznych strzępków śluzowych, które w oku zdrowem tworzą się tylko czasowo (n. p. z nocy) i wyłącznie niemal w kąciku wewnętrznym oka jako następstwo wysychania cieczy łzowo-śluzowej; jest to więc produkt raczej patologiczny niż fizyologiczny a w takim razie nie rozumiem dobrze, dlaczego Drowi Fickowi chodziło przedewszystkiem o śluz a o wiele mniej o ciecz łzowo-śluzową, produkt fizyologiczny. Jakkolwiekbądź badania jednoczesne

i śluzu (*Schleimflocken*) i cieczy łzowo-śluzowej kilkakrotnie powtarzane, uważałbym w takich razach za najbardziej wyczerpujące. Co do szczepienia czystej hodowli królikom, to przedewszystkiem ten zarzut muszę zrobić autorowi, że ograniczał się wyłącznie do szczepienia w rogówkę; zdawałoby się, iż bakterye niby z worka spojówkowego należało przedewszystkiem weń zaszczepić a dopiero potem w rogówkę. Zresztą według mnie doświadczenia te autora zyskałyby o wiele więcej na dowodach przekonywających, jeżeliby je robiono na królikach rzekomo już znanych co do obecności drobnoustrojów w ich workach spojówkowych a mianowicie w ten sposób, żeby się wstrzykiwało czystą hodowlę raz do worka spojówkowego całkiem zdrowego oka z zapisywaniem następujących objawów, drugi raz zaś do takiegoż worka, lecz z uszkodzoną sztucznie w ten lub ów sposób rogówką; w ostatnim przypadku drugie oko tegoż zwierzęcia mogłoby służyć za kontrolujące, w któremby cały przebieg i zejście podobnegoż sztucznego uszkodzenia rogówki, lecz tylko bez zaszczepienia do worka hodowli drobnoustrojów, możnaby jednocześnie obserwować dokładnie. W taki sposób wykonane doświadczenia miałyby niewątpliwie tę zaletę, że dwa czynniki, sztuczny uraz i bakterye, byłyby całkiem od siebie oddzielone i wpływ każdego z nich wystąpiłby wyraźnie i dokładnie. Co się tyczy następnie należących tu badań Felsera i Fernandeza, to nie mając ich niestety w oryginale, zmuszony jestem sądzić o nich na podstawie krótkich referatów. Felser [1]) ze 104 przypadków badania bakteryologicznego treści (*Inhalt*) worka spojówkowego (za pomocą szczepienia na agarze) w 6-ciu przypadkach otrzymał wynik ujemny (na agarze hodowli nie było), wreszcie zaś miał czyste kolonie drobnoustrojów, z pomiędzy których wspomina o białym *diplococcus* i gronkowcu złocistym, w ogóle (*staphylococci*), dodając, że w oczach z nieżytem znajdywał je w większej ilości. Fernandez [2]) w Hiszpanii prawie jednocześnie z badaniami A. E. Ficka w Wircburgu badał bakteryologicznie 37 razy worki spojówkowe u 16 lekarzy i studentów, przyczem w ogóle wykrył w 30 razach ziarniki, w 5 razach prątki, raz *saccharomyces*, 6 razy *staphylococcus pyogenes aureus*, 12 razy *micrococcus cereus albus* i 4 razy *staphylococcus habanensis Gibier*. Jak widzimy, obaj autorowie znajdywali w przeważnej liczbie ziarniki i o wiele rzadziej prątki. My jednak wyniki tych badań przyjmujemy z pewną ostrożnością, gdyż nie znajdujemy w nich najważniejszych dla siebie wskazówek co do tego, na jakich mianowicie oczach robiono badania; z tej też przyczyny nie możemy ich użyć do porównania z wynikami własnych swoich badań.

Przystępując ze swojej strony do niniejszej pracy, uważałem za niezbędne dla otrzymania bardziej rozstrzygających wyników wykonać następujące badania: 1) przeprowadzić doświadczenia na jak największym materyale, 2) każdą osobę poddawać badaniu co najmniej dwukrotnie a nawet trzechkrotnie, 3) materyał do badania, śluz i ciecz łzowo-śluzową brać z różnych miejsc worka spojówkowego i badać go najpierw bezpośrednio pod mikroskopem a następnie za pomocą szczepienia na jak największej ilości rozmaitych gruntów pożywczych, 4) czystą hodowlę każdego drobnoustroju zaszczepiać do worka spojówkowego zwierzętom, obserwując klinicznie następstwa zaszczepienia, oraz badając jednocześnie bakteryologicznie wydzielinę worka spojówkowego danego zwierzęcia. Niestety podołać wszystkim tym zadaniom przy największych chęciach nie mogłem dla ważnych powodów osobistych. To też z tego powodu zakres pierwotnego programu musiałem znacznie zwęzić, ograniczając się do niektórych tylko jego punktów. Przedewszystkiem więc w swoich doświadczeniach nie uwzględniłem badania mikroskopowego wydzieliny worka spojówkowego, stósując natomiast wyłącznie metodę biologiczną, jako czulszą, za pomocą szczepienia wydzieliny na podłożach. Taki sposób postępowania znajdował poniekąd swe usprawiedliwienie w spostrzeżeniu, że hodowle ze zaszczepienia cieczy łzowo-śluzowej były zazwyczaj nader nieobfite (1—2—3 pojedyncze kolonie), z czego można było wnosić, że w ogóle ilość bakteryj w zdrowym worku spojówkowym (jeżeli nawet one tam są) jest bardzo niewielka a więc i badania mikroskopowe wydzieliny nie mogą tu mieć istotnego znaczenia. Co do gruntów pożywczych, to tu także ograniczyłem się do główniejszych: agaru i żelatyny, wychodząc z tej zasady, iż agar i żelatyna, stanowiące w ogóle najprzyjaźniejsze podłoża dla rozwoju większości znanych drobnoustrojów, tak niewinnych jak nawet i chorobotwórczych, wystarczą dla wykazania ich w zdrowym worku spojówkowym; zresztą muszę się przyznać, iż mi nie chodziło tu tyle o dokładną klasyfikacyę drobnoustrojów, ile o przekonanie się, o ile można, o ich obecności lub nieobecności w zdrowym worku spojówkowym.

Wszystkie swoje badania przeprowadziłem wyłącznie na zdrowych workach spojówkowych. Mimochodem muszę oświadczyć, iż za takie uważałem wszystkie worki spojówkowe, które nie przedstawiały żadnych widocznych cech chorobowych, tak przedmiotowych jak podmiotowych. Uczucia podmiotowe w oczach każdej osoby tem łatwiej dawały się wykazać, iż miałem do czynienia przeważnie z ludźmi inteligentnymi (młodzi lekarze, studenci i tylko wyjątkowo służba zakładowa). Oczy z wyraźnymi objawami nieżytu przewlekłego oraz poczynającej się jaglicy (odosobnione ziarnka jaglicze na obu powiekach) usuwano stanowczo od badania.

Zanim jeszcze przejdę do wyników tych badań, powiem kilka słów ogólnie o samej metodzie badania, jednakiej we wszystkich przypadkach, a to celem uniknięcia niepożądanych powtarzań w dalszem traktowaniu pracy; drucik platynowy, zagięty na końcu w uszko (*Platinöse*), starannie wyjałowiony w płomieniu palnika gazowego, przeprowadzałem 3 razy po spojówce załamka dolnej powieki w kierunku od wewnątrz ku zewnątrz i ujętą tym sposobem odrobinę cieczy łzowo-śluzowej zaszczepiałem na pochyłą powierzchnię agaru w probówce; probówkę niezwłocznie stawiano do termostatu w temperaturze 37—38° C. Zwykle już po upływie 20—24 godzin (w razie zaszczepienia ze skutkiem) w takiej probówce dostrzega się rozwijanie hodowli pewnego drobnoustroju (zazwyczaj bardzo nieobfitej), która postępuje w swym rozwoju nie z jednakową szybkością we wszystkich przypadkach. Niekiedy jednakże hodowla się ukazuje nie na drugi, lecz zaledwie na trzeci, czwarty dzień po zaszczepieniu a tylko w wyjątkowych razach nieco później. Przy tem najczęściej trzymałem się tu takiego systemu: jeśli po upływie 5—6 dni po zaszczepieniu nie ukazywała się hodowla,

---

[1]) Ref. Centralblatt für Bacteriologie u. Parasitenkunde. Band XI. 1892. s. 472.

[2]) Die Microorganismen des Conjunctivalsackes u. die Antisepsis desselben. (Wracz. Nr. 43, 44. 1888). Ref. d. Centralblatt f. Bacteriologie. Band V. 1889. s. 321.

to usuwałem probówkę z termostatu, uważając dany przypadek za wypadły bez skutku; oczywiście w takich probówkach, pozostających już w temperaturze pracowni (15—16° C.) zwykle i później nie pojawiała się hodowla. W razie pojawienia się wyraźnej hodowli na 2gi i 3ci dzień probówkę również usuwano z termostatu i pozostawiano w temperaturze pracowni.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

C. Lombroso und G. Ferrero: **Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte. Anthropologische Studien gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie der normalen Weiber. Autorisirte Uebersetzung von Dr. H. Kurella.** Hamburg 1894. 8° 560 str.

Pracę powyższą należy rozdzielić na dwie połowy: jednę stanowiącą własność Lombrozy, drugą własność Ferrera.

Drugą część obejmują ustępy odnoszące się do dziejów i psychologii danego tematu. Stanowią one bezsprzecznie najsłabszą stronę pracy, gdyż czytając te, wprawdzie ponętne rozdziały omawiające kobietę prawidłową, mimowoli budzi się w duszy czytelnika pytanie, jakie znaczenie na tem miejscu może mieć rzecz o okrucieństwie, litości, moralnem poczuciu i t. d. i jakiej wartości dowodem mają być powoływania się i cytowania ustępów z powieści Sacher-Masocha lub Zoli?

Wynik części będącej własnością Lombrozy da się w następujące ująć zdania:

Ponieważ kobieta nie posiada równego mężczyźnie uzdolnienia umysłowego i wszechstronności, przeto też mniej staje się ona skłonną do zbrodni a raczej zbrodniczość jej ukazuje się w skłonności do prostytucyi, stanowiącej niejako równoważnik w pojęciu kryminalistycznem. Skłonności niemoralne są kobiecie wrodzone a niekorzystne stosunki bytu mogą je przeobrazić w niemoralne uczynki. Poczucia cudzej własności kobieta nie posiada a brak tego poczucia nie stanowi nawet u niej objawu zwyrodnienia. Dwa tylko podniosłe uczucia uszlachetniają umysł kobiety, t. j. wstydliwość i uczucie miłości macierzyńskiej. Zboczenia w zakresie tych dwóch uczuć, stanowią u kobiety dowód jej zwyrodnienia.

Całość dzieła rozpada się na 4 działy, omawiające kobietę prawidłową, kryminalogię kobiety, patologiczną anatomię i antropometryę zbrodniarek i prostytutek, wreszcie ich biologię i psychologię.

Czy każdy czytelnik zgodzi się z rozumowaniem autorów i do ich zdania się przychyli, przynajmniej wątpić należy.

Dr. Wachholz.

Okulistyka.

Velhagen: **Czy pokrewieństwo rodziców może być przyczyną znacznej myopii potomstwa?**

Oparłszy się na licznych obserwacyach autorów z różnych stron Europy, wypowiedział Stilling twierdzenie, że znaczny stopień niedomiarowości nie jest tak dalece dziedziczny, jak raczej następstwem blizkiego pokrewieństwa rodziców. N. przedsięwziął badania między ludnością Hannoweru, gdzie związki małżeńskie między bliskimi krewnymi są częste. Z pomiędzy 50 osób badanych (ze znaczną myopią) u 40 wcale tego wykazać nie było można; 8 osób nic stanowczego podać nie umiało a tylko 2 razy wykazano blizkie pokrewieństwo rodziców, jednakże u jednej z tych osób można było wykazać bezpośrednią dziedziczność wzroku krótkiego. Pozostaje zatem 1 przypadek, który przecież nie może być uważany za regułę ogólną. (*Klinische Monatsbl. f. Augenheil. Marzec 1894*).

Dr. Brudzewski.

Czermak: **Modyfikacya kantoplastyki.**

Jakkolwiek przyrząd, który Garépy podał w celu ułatwienia tej operacyi jest bardzo dobry, to przecież jest on zbyt skomplikowany i trudny do oczyszczenia antyseptycznego. C. podaje dlatego małą modyfikacyę kantoplastyki, która ułatwia znacznie wykonanie operacyi. Po rozwarciu szpary powiekowej przez asystenta, chwyta operator napięty kącik zewnętrzny zwykłą zasówką hemostatyczną tak, żeby jedno jej ramię leżało we worku spojówkowym, drugie na skórze, dokładnie w kierunku linii późniejszego przecięcia, jednakże o jakie 2 mm. dalej ku skroni posunięte. Zasuwki nie należy zbyt silnie zaciskać, by nie zmiażdżyć skóry. Następnie odciągnąwszy zapomocą zasuwki zewnętrzne spoidło powiekowe ku przodowi przeprowadza operator trzy nitki nawleczone w zwykłe igły chirurgiczne. Przebija mianowicie od worka spojówkowego jednę igłę przez spoidło tam, gdzie się właśnie ramiona zasuwki kończą, drugą wbija tuż powyżej środka-ramienia zasuwki trzymającego spoidło powiekowe a trzecią poniżej środka ramienia zasuwki, poczem zdejmuje zacisk, rozcina kącik nożyczkami i wiąże odpowiednie końce nitek. Krwotok bywa bardzo mały. Jeśli spojówka znacznie jest skrócona, to należy zrobić cięcie zwalniające, blizko zewnętrznego brzegu rogówki i podnosząc ją daleko, choćby do samego kąta zewnętrznego. (*Klin. Monatsblätter f. Augenh. Marzec 1894*).

Dr. Brudzewski.

Patologia.

Kahane (w Wiedniu): **O żywych pasorzytach, znalezionych we krwi chorych na raka oraz w komórkach rakowych.**

Autor podaje w formie tymczasowego doniesienia główne wyniki pracy, wykonanej w klinice chirurgicznej Mosetiga Moorhofa a mającej na celu wyświecenie etyologii raka. K. badał krew świeżo wyciętych kawałków tkanki rakowej, samą tkankę rakową, również świeżą (w wyjałowionym roztworze fizyologicznym soli kuchennej) oraz krew, wziętą z miejsc odległych od głównego ogniska nowotworu.

We wszystkich przypadkach, które autor badał (liczby tych przypadków nie podaje) znajdywał on we krwi świeżo wyciętej tkanki rakowej małe ciałka, kształtem zbliżone do ameb, mocno łamiące światło i okazujące ruchy samodzielne. Ruchy te były po części rotacyjne, po części zaś niejako żaglujące w jednym kierunku i miały wogóle taki charakter, jak gdyby odbywały się za pomocą pewnych, osobnych narządów ruchowych, jako to rzęsek lub ogonków (*Geisseln.*); nie ustawały one wówczas, gdy już wszystkie ciałka krwi pozostawały w zupełnym spokoju. Autor obserwował bezpośrednio, jak owe poruszające się ciałka wchodziły do czerwonych ciałek krwi i w nich poruszały się w dalszym ciągu. Po upływie pewnego czasu ciałka traciły ruchy a wreszcie obumierały; obumarłszy zaś stawały się nadzwyczaj podobnemi do płytek Bizzozera. Środki antyseptyczne, głównie zaś jodoform, znacznie upośledzały ruchy ciałek.

Zmiany patologiczne, zachodzące w czerwonych ciałkach krwi u osób, cierpiących na raka, przypisuje autor owemu wdrażaniu się ciałek, mocno łamiących światło do erytrocytów.

Powyżej opisane ciałka stanowią zdaniem autora pewną fazę rozwojową pasorzyta raka; dojrzały pasorzyt przedstawia się jako *plasmodium*, podobne do pasorzyta zimnicy. Autor obserwował kilkakrotnie ruchy tego *plasmodium*, nawet po zabarwieniu tego tworu błękitem metylenowym (metodą Rosina); wyraża się o niem jednak z pewnemi zastrzeżeniami, uważając swe badania nad *plasmodium* rakowem za nieukończone. W komórkach rakowych znajdywał autor również owe mocno łamiące światło, poruszające się ciałka. We krwi wziętej z miejsca odległego od ogniska rakowego, np. z palca w przypadku raka szyjki macicy lub w przypadku raka pęcherza żółciowego nie znajdywał ich stale.

W końcu oświadcza autor, że doszedł do pewnych wyników, tyczących się roli, jaką przy powstawaniu raka odgrywają czerwone ciałka krwi; bliższych szczegółów jednak pod tym względem nie podaje.

Jakkolwiek praca Kahanego nie została jeszcze ukończoną, lecz ukazała się dopiero w formie tymczasowego doniesienia, zasługuje ona na uwzględnienie z tego powodu,

że autor miał wykryć żyjący pasorzyt raka a metoda badania, jaką się posługiwał, jest rzeczywiście tak prosta, że mógł był ustrzedz się od wielu błędów, popełnionych przez tych autorów, którzy opierają się wyłącznie na preparatach raka utrwalonych i barwionych skomplikowanemi metodami. Ta prostota metody zachęci zapewne innych badaczów, rozporządzających świeżym materyałem rakowym, do skontrolowania ciekawych wyników pracy Kahanego. *(Centralbl. f. Bact. u. Parasitenkunde 1894 Nr. 12. s. 413).* *K. Klecki.*

Fizyologia.

O powstawaniu kwasu żołądkowego.

(Według odczytu prof. Marcelego Nenckiego w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem).

Do otrzymywania czystego soku żołądkowego używa prof. Nencki dużych psów, którym zakłada przetoki żołądkowe a następnie przetoki przełykowe i przez nie psy odżywia; w ten sposób wyklucza produkty jamy ustnej. Tą drogą otrzymany sok żołądkowy jest zupełnie bezbarwny, ma smak słabo kwaśny, woni całkiem nie ma. Z takiego soku otrzymała pracująca w laboratoryum prelegenta, profesorowa Simanowska przez oziębienie do 0° czystą pepsynę, jako jednorodny osad ziarnisty. Osad ten okazał się ciałem białkowatem, zawierającem 1% chloru, lecz nie zawierającem wcale fosforu; zatem nie jest substancyą nukleinową.

Psom wagi 20—30 kil. można odbierać po 100 do 300 cm. sz. soku żołądkowego bez wpływu na ich zdrowie co 2—3 dni. W laboratoryum są psy, które żyją po 2 i 3 lata.

Ilość wolnego kwasu wynosi u psa 0·5% czyli w 200 cm. sz. gram kwasu. Odjęcie takiej ilości nie jest obojętnem dla ustroju. Mocz staje się znacznie gęstszym, jego ciężar gatunkowy powiększa się, odczyn ze słabo kwaśnego lub obojętnego staje się wyraźnie alkalicznym. Po dodaniu doń jakiegokolwiek mocnego kwasu wywiązuje się wśród pienienia wolny kwas węglowy, wydzielający się z węglanu sodowego. Uderza, że nerki pomimo to mogą funkcyonować prawidłowo. Białkomocz powstaje tylko w razie zbyt częstego odbierania soku żołądkowego.

Okoliczność, że ilość alkaliów zwiększa się w moczu po odjęciu kwasu żołądkowego, nasuwa myśl, że rzeczywiście kwas solny w żołądku powstaje z chlorku sodu; wszystkie teraźniejsze teorye zjawiska tego nie tłómaczą, nie są więc dostateczne. Simanowska doszła do wniosku, że błona śluzowa żołądka sama jest zdolna dokonać tego rozkładu soli. Badając chemicznie zeskrobaną błonę śluzową żołądków czczych i w czasie trawienia przekonała się, że ilość chlorku sodu w pierwszym razie jest znacznie większa, niż w drugim, w czasie wyrabiania soku żołądkowego.

Dla sprawdzenia własności błony śluzowej żołądka postanowił prof. Nencki zastąpić w pokarmach chlorek sodu przez bromek sodu i przekonać się, jak w tym razie zachowa się organizm.

Pies dostawał mięso, w którem jest mało chlorku sodu, mleko i osobno dla niego pieczony chleb bez soli. Oprócz tego w dawkach stopniowo powiększanych od 2 aż do 7 gramów na dzień bromku sodu, razem przeszło 50 gramów. Po takiej ilości pies znacznie wychudł, podupadł na siłach tak, że obawiając się stracenia psa wstrzymano podawanie bromku. Badany przy tem sok żołądkowy zawierał znaczne ilości (przeszło 0·4%) bromowodoru, obok pewnych ilości kwasu solnego (przeszło 0·3%) tak, że ogólna ilość kwasu przewyższała 0·8%.

Bromowodor znajdowano w soku żołądkowym jeszcze w dwa miesiące i sześć dni po ostatniej dawce bromku sodu. W moczu ani razu nie znaleziono śladu bromu.

Nadmiar wolnego kwasu da się tylko w ten sposób wytłómaczyć, że ciężar drobinowy (cząsteczkowy) bromowodoru jest prawie trzy razy większy, niż chlorowodoru; ilość więc cząsteczek kwasu będzie jednakowa, lecz ciężar bromowodoru znacznie większy.

Ztąd wniosek, że porównywając dawki środków nie należy kierować się ich ciężarem bezwzględnym, lecz ich ciężarem drobinowym.

U psa, którego po przesyceniu bromem zabito, rozebrano chemicznie wszystkie narządy i przekonano się, że najwięcej bromu znajdowało się w nerkach, w błonie śluzowej żołądka i w szpiku kostnym; we wszystkich innych zaś narządach było go stósunkowo bardzo niewiele. U innego psa, który w skutek zbyt wielkich z początku dawek bromku sodu dostał białkomoczu i zginął na zapalenie płuc, stósunkowo wiele bromu było oprócz tego jeszcze i w płucach.

Oczywisty więc jest wniosek, że sprawy odbywające się w ustroju nie podlegają tylko elementarnym prawom fizycznym dyfuzyi i osmozy, lecz że są to o wiele bardziej skomplikowane czynności, że ustrój posiada w niektórych narządach śpichrze potrzebnych sobie materyałów, które w miarę potrzeby może skierować do miejsca spożytkowania, lub po użyciu jako nie potrzebne wydalić. (Za odczyt ten, który ma być w całości ogłoszony w *Gazecie lekarskiej*, podziękowano szanownemu prelegentowi hucznemi oklaskami.

A. S.

Zapiski terapeutyczne.

Ziemssen. O przetaczaniu krwi (z kliniki lekarskiej w Monachium). Po wielu badaniach i doświadczeniach tak fizyologicznych jak i terapeutycznych podaje autor do wiadomości ogółu wypadki swych najnowszych spostrzeżeń.

Autor używa przetoczenia krwi wprost do żył, obchodząc się bez odwłóknienia jej i bez otwarcia żyły przez cięcie, które grozi niebezpieczeństwem dostania się powietrza do układu żylnego. Sposób przez niego używany polega głównie na tem, iż z zachowaniem prawideł najściślejszej antyseptyki bierze się krew z osoby, która się na to ofiarowała, zapomocą strzykawki szklanej mającej 25 cm. sz. pojemności a zaopatrzonej w wydrążoną igłę, którą wbija się w żyłę pośrodkową (*vena mediana*) i z której po napełnieniu wstrzykuje się krew również do żyły pośrodkowej osoby, której ma się krew wprowadzić. Wprowadzenie igieł do żyły pośrodkowej, obrzmiałej przez poprzednie zaciśnienie ramienia, jest bardzo łatwe i nie przedstawia żadnych trudności nawet, gdy naczynie jest bardzo wązkie. Do operacyi potrzeba trzech pomocników, trzech strzykawek szklanych z odpowiedniemi kaniulami i dużego naczynia z wyjałowionym rozczynem soli kuchennej fizyologicznym (t. j. 0·6%) w ciepłej kąpieli wodnej. Rozczyn ten służy do starannego przestrzykania już użytych strzykawek szklanych w celu jak najdokładniejszego wydalenia z nich fermentu włóknikowego przed każdem następnem napełnieniem. Postępując w ten sposób, można łatwo przetoczyć 200 do 300 cm. sz. krwi, zazwyczaj bez żadnego odczynu ani miejscowego ani ogólnego (w postaci gorączki). Gorączka, jeżeli jest, bywa nieznaczna i mija rychło. Niepokojących objawów autor nigdy nie widział.

Bezpośredniem następstwem przetoczenia krwi w ten sposób jest podniesienie się pełności na twarzy, lekkie zabarwienie różowe skóry i błon śluzowych, tudzież podmiotowe uczucie powiększenia się sił. Z tym imponującym skutkiem bezpośredn.im nie zawsze zostaje w odpowiednim stósunku powiększenie się ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi, nawet w razie przetoczenia znacznych ilości krwi. Na czem to polega, trudno jeszcze w tej chwili orzec z pewnością. Hemoglobinuryi nigdy autor nie widział a lekki białkomocz tylko dwa razy. Również we krwi krążącej nie można było wykazać wolnej hemoglobiny.

Według doświadczenia autora korzystny wpływ przetoczenia krwi nawet w małej ilości nie ulega żadnej wątpliwości w ostrej niedokrewności.

O wiele trudniejszą jest odpowiedź na pytanie, czy w ciężkich przypadkach postępowej niedokrewności może przetaczanie krwi przynieść jaki pożytek, co łatwo pojąć, jeżeli się zważy, że nie znamy dokładnie schorzeń narządów krew wytwarzających i że różne sprawy anatomiczne

mogą być przyczyną ciężkiej niedokrewności postępowej. Nowsze spostrzeżenia autora przemawiają tylko za łagodzącem (paliatywnem) działaniem przetaczania krwi.

W tej mierze przytacza autor przypadek u kobiety 38-letniej, dotkniętej ciężką postępową niedokrewnością z 22% hemoglobiny i 1.180,000 ciałek krwi czerwonych obok znacznych zboczeń czynnościowych w przewodzie pokarmowych. *Ex indicatione vitali* wstrzyknięto jej po raz pierwszy 112 cm. sz. krwi nieodwłóknionej bez żadnego odczynu. Poprawa apetytu i całego stanu ogólnego. Ilość hemoglobiny 25%. Po 10 dniach wstrzyknięto znów 112 cm. sz. krwi nieodwłóknionej; hemoglobina doszła do 23%, ilość ciałek krwi czerwonych (w milimetrze sz.) do 1554000. Apetyt poprawił się znacznie a ciężar ciała wzrósł z 26·6 do 36·1 kilogramów. Po dwóch następnych przetoczeniach, razem 194 cm. sz. krwi, ilość hemoglobiny doszła do 36% a ciężar ciała do 38·5 kilogrm.

Stan ten dobry nie utrzymał się jednak długo; odnowiły się zboczenia ze strony przrwodu pokarmowego, którym nie zaradziły trzy dalsze jeszcze przetoczenia tak, iż pacyentka opuściła klinikę, lubo w stanie znacznie lepszym, niż gdy do niej przyszła. W każdym razie przetoczenie krwi przedłużyło życie chorej.

Przetaczanie krwi pod skórę nie wytrzymuje porównania z przetaczaniem wprost do żyły, ma jednak tę zaletę, iż nie potrzebuje wprawnych pomocników. Wtłaczanie wstrzykniętej pod skórę krwi do naczyń limfatycznych wymaga energicznego masowania, które dla swej bolesności nie może odbyć się bez narkozy. Miejsca wstrzyknienia są nieraz bardzo bolesne tak, iż trzeba na nie przykładać pęcherze z lodem, a i gorączka, lubo zwykle mierna, jest częstsza, niż po przetoczeniu wprost do żyły. Ale mimo tego wszystkiego wstrzykiwanie pod skórę nie łączy się z temi gwałtownemi przypadami odczynu po używanych dawniej przetaczaniach krwi odwłóknionej. *(Münchener med. Wochenschrift. 1. Maja 1894)*.

P. Bruns (z kliniki chirurgicznej w Tybindze). O sposobach zakończenia się gruźliczego zapalenia stawu biodrowego w razie leczenia zachowawczego. Na podstawie dokładnych, 40 lat i 600 przypadków obejmujących historyj choroby i ponownego zbadania 200 chorych, pozostałych jeszcze przy życiu a zasiągnięciu o reszcie wiadomości zapomocą lekarzy przekonał się naprzód autor, iż wiele przypadków rozpoznanych jako zapalenie stawu biodrowego w początkach lub zapalenie przewlekłe, było właściwie tylko zagięciem się szyjki kości udowej opisanem po raz pierwszy przez Ernesta Müllera z kliniki autora, które należy do typowych zniekształceń z obciążenia w okresie wzrostu ciała.

Dalej pokazuje się z tych poszukiwań, że zapalenie stawu biodrowego skutkiem zakaźnego zapalenia szpiku w górnym końcu kości udowej jest o wiele pospolitszem, niż to dotąd mniemano, że podobnie, jak zapalenie gruźlicze może odrazu rozpoczynać się i przebiegać przewlekle, że nieraz bardzo trudno odróżnić je od zapalenia gruźliczego, że przebieg jego może być lekki albo ciężki, z ropieniem i tworzeniem się przetok albo i bez nich i że nieraz dopiero dalszy przebieg i zakończenie wyjaśniają prawdziwą jego przyrodę. W zapaleniu stawu biodrowego skutkiem zakaźnego zapalenia szpiku kostnego jest rokowanie o wiele lepsze, niż w zapaleniu gruźliczem tegoż stawu.

Wyłączywszy przeto w ten sposób przez ponowne zbadanie lub z braku wiadomości dostatecznych przeszło 200 przypadków, pozostało się autorowi jeszcze 390 przypadków gruźliczego zapalenia stawu biodrowego, z których leczono 321 w sposób zachowawczy a 69 za pomocą resekcyi.

Pod względem rokowania w razie leczenia zachowawczego pokazało się, że:

1) Zapalenie gruźlicze stawu biodrowego nagabuje prawie wyłącznie dwadzieścia pierwszych lat życia, a mianowicie w pierwszych 10 latach było 48%, w drugich 37%, w trzech tylko 6% przypadków.

2) W $^1/_3$ przypadków niema w zapaleniu gruźliczem stawu biodrowego jawnego ropienia, w $^2/_3$ zaś przychodzi do ropni, przebicia się ich i przetok.

3) Zapalenie gruźlicze stawu biodrowego leczone zapobiegawczo kończy się wyzdrowieniem w 55% przypadków, średnio po 4 latach leczenia.

4) Śmiercią kończy się 40% przypadków, zwykle z gruźlicy innych narządów, jak mianowicie płuc i opon mózgowych, z ogólnej gruźlicy prosowatej a w formie gębczasto-ropnej ze zwyrodnienia skrobiowatego, wyniszczenia skutkiem ropienia lub zakażenia gnilnego. Śmierć następuje średnio po trzech latach choroby.

5) W przypadkach bez ropienia kończy się 77% wyzdrowieniem, w przypadkach zaś z ropieniem tylko 42%.

6) Rokowanie zależy przedewszystkiem od wieku chorych; w pierwszym dziesiątku lat wyzdrawia 65%, w drugim 56%, w trzecim i czwartym 28% a w następnych nic.

7) Wyleczeni z zapalenia gruźliczego stawu biodrowego ulegają później często gruźlicy innych narządów, mianowicie płuc.

Co się tyczy wyleczonych i przy życiu pozostałych, to zbadanie ich po 10, 20 i 30 latach od wyjścia z kliniki przedstawiało w wielu razach obraz nadzwyczaj korzystny; nie tylko bowiem, iż ludzie ci wyglądają nierzadko całkiem zdrowo, ale nawet nieraz nie zasługują na nazwę kalek, ponieważ do pewnego przynajmniej stopnia mogą używać stawu biodrowego i oddawać się pracy w zawodach lżejszych. Wogólności można powiedzieć, że $^1/_3$ przypadków kończy się częściowem, $^2/_3$ całkowitem lub prawie całkowitem zesztywnieniem stawu. W $^2/_3$ jest zgięcie i przywiedzenie, w $^1/_3$ zgięcie i odwiedzenie skurczowej kończyny.

Skrócenie chorej kończyny pochodzi często z wstrzymania wzrostu, jak autor przypuszcza, skutkiem nieczynności, w $^4/_5$ przypadków z wyższego ustawienia się krętarza większego; pozorne skrócenie z wyższego ustawienia miednicy. Średnie skrócenie wynosi 7 cm., dochodząc jednak wcale nierzadko do 10 i 12 cm. Wielu wyleczonych używa obuwia z grubą podeszwą, inni wolą obchodzić się bez niej.

Leczenie owych chorych w ciągu 40 lat było z natury rzeczy rozmaite: naprzód odwodzące, następnie mechaniczne; w małej stosunkowo liczbie przypadków polegało na wstrzykiwaniach jodoformu. W przypadkach ambulatoryjnych było leczenie nieraz tylko bardzo przelotne a i w przypadkach klinicznych często nie trwało nad kilka tygodni lub miesięcy.

Rezultaty leczenia zachowawczego, obejmującego także i najcięższe przypadki, wykazały naprzód, że wbrew mniemaniu Huetera ropienie w stawie biodrowym nie koniecznie musi się zawsze kończyć śmiertelnie, następnie, że po resekcyi śmiertelność nie jest bynajmniej mniejsza a upośledzenie czynności stanowczo znaczniejsze, niż w razie leczenia zachowawczego, które tym sposobem coraz więcej powinno sobie wyrobić uznania, mianowicie, jeżeli się je oprze na zasadach przez autora wypowiedzianych a przedewszystkiem prowadzić będzie długo i systematycznie. Zdaniem autora resekcya wchodzi w swe prawa dopiero w razie nieskuteczności leczenia zachowawczego. (*Deutsche med. Wchschft. 26. Kwietnia 1894)*.

— Ze zdania sprawy przedłożonego tegorocznemu zebraniu Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie wypada, iż w roku bieżącym dostarczyli chirurgowie niemieccy i zagraniczni dat tyczących się nowych 51.000 znieczuleń tak, iż obecnie Towarzystwo rozporządza materyałem opartym na 151.000 znieczuleń. Jeżeli na tak wielkiej liczbie porównamy ze sobą dwa najpospoliciej używane do znieczulania środki, jak eter i chloroform, to wypada, iż pierwszemu należy się bezwarunkowo wyższość nad drugim. Gdy bowiem na 26.000 znieczuleń eterem przypadł tylko jeden przypadek śmierci i to u osoby mającej wadę zastawkową serca i u której operujący z tej przyczyny zrzekł się chloroformu, to już na 1.924 znieczuleń chloroformem przypadł jeden przypadek śmierci, czyli 14 razy więcej. Z dat tych dalej wypada, iż czystość chloroformu nie zmniejsza

wybitnie niebezpieczeństwa, skoro w szpitalu Charité w Berlinie, gdzie używają najlepszego chloroformu wyrobu Picteta, na 3.100 znieczuleń miano dwa przypadki śmierci.

Do znieczulenia eterem najwięcej używano maski Julliarda, pierwotnej lub zmodyfikowanej i znieczulenia łagodnego używanego przez tegoż Julliarda w klinice genewskiej.

— Przeciwko wypryskowi na rękach operatorów skutkiem używania środków przeciwgnilnych, radzi Lassar działać naprzód zapobiegawczo przez mycie rąk po operacyi wodą i dobrem mydłem a następnie nacieranie, póki jeszcze są wilgotne, mięszaniną złożoną po równych częściach z oliwy, gliceryny, wazeliny i lanoliny. Wyprysk sam radzi L. leczyć według zasad ogólnie przyjętych.

Rotter zaś w tym celu radzi maść:

55) Rp. *Formoli* 0·25—0·50
Zinci oxydati
Talci $\widehat{aa}$ 25·00
Vaselini 50·00

— Przeciwko newralgiom i drgawkom u histeryczek zaleca prof. K. Rokitansky:

56) Rp. *Exti aconiti* 0·10
Exti cannabis indicae 0·50
Lithii bromati 2·00
Argenti nitrici cryst. 0·10
Auri natronato-chlorati 0·05
Argillae q. s.
M. f. l. a. pill. nro viginti.
S. Zażywać po dwie pigułki dziennie.

— W niedokrewności i blednicy osobliwie, jeżeli łączą się z przypadami ze strony serca w postaci słabego i nieregularnego tętna, zapisuje Edlefsen żelazo z kamforą według wzoru:

57) Rp. *Ferri hydrogenio reducti*
Camphorae tritae
$\widehat{aa}$ 6·00
Exti gentianae 5·00
Mucilaginis gummi arab. q. s.
M. f. l. a. pill. nro 90.
S. Zażywać trzy razy dziennie po 2 lub 3 pigułki.

(La semaine médicale. 25. Kwietnia 1894).

V. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Do dwóch nader ważnych ulepszeń w organizacyi Zjazdów międzynarodowych, wprowadzonych w Brukselli, a mianowicie podziału na sekcye i urządzania wystawy lekarskiej dodał Zjazd V-ty jeszcze trzecie, zapraszanie na referentów tematów zjazdowych lekarzy z różnych krajów i narodowości. Sposób ten, podnoszący charakter międzynarodowy Zjazdów, wprowadzono już na pierwszym kongresie w Paryżu, jednakże na następnych Zjazdach zarzucono go tak, iż na każdym z nich referenci reprezentowani byli wyłącznie przez siły miejscowe. Zjazd ten V-ty odbył się w r. 1877. na ziemi szwajcarskiej w Genewie, otwarty w wielkiej auli Uniwersytetu przez prof. Karola Vogta, fizyologa. Liczebnie należał on do najmniej udałych, licząc zaledwie 360 uczestników. Miejscem następnego Zjazdu wybrano Amsterdam. W dniu 7. Września r. 1879 otwarto w mieście tem VI. Zjazd międzynarodowy pod przewodnictwem prof. Dondersa z Utrechtu w obecności 630 przybyłych członków. Na tym Zjeździe miał Lister odczyt o wiekopomnej swej metodzie przeciwgnilnego opatrywania ran. Powszechne zainteresowanie wzbudził Virchow mową swą o kształceniu lekarzy, w której wskazywał na ważność nabycia przedewszystkiem wykształcenia ogólno-przyrodniczego, dalej dokładnego poznania patologii, zanim uczący się przejdą do studyów klinicznych.

Z pomiędzy innych tematów zasługują na przypomnienie: odczyt Huetera o zboczeniach w rozwoju kośćca, Beckera o chorobach oczu w związku z lokalizacyą mózgową. Ballet-Gilbert podniósł sprawę nerwic urazowych, do dziś zajmującą uwagę neuropatologów, Rosenstein z Leydy mówił o zmianach w nerkach w chorobie Brighta, Semmola o etyologii tej choroby, Berthrand o wpływie tytoniu na ustrój. Kwestyę uregulowania prostytucyi roztrząsano obszernie, mając referentów w osobach Drysdala, Nartha i Landowskiego.

Ogromny krok naprzód w rozwoju Zjazdów przedstawia VII. Zjazd, który odbył się w roku 1881 w Londynie. Rzeczywiście pod każdym względem wyprzedził on znacznie poprzedników: wielka liczba uczestników (3100), liczne delegacye od całego szeregu państw, obecność najgłośniejszych powag świata lekarskiego, wzorowa organizacya zapewniły londyńskiemu kongresowi niebywałe dotychczas powodzenie. Przewodniczył mu James Paget, na otwarciu obecnymi byli książe Walii i następca tronu niemieckiego (późniejszy cesarz Fryderyk III.); pomiędzy członkami Zjazdu spotykamy nazwiska Charcota, Dondersa, Langenbecka, Listera, Pasteura, Spencer Wellsa, Virchowa. Liczba sekcyi wzrosła do 16-tu; potrzebę powiększenia liczby motywował we wstępnem przemówieniu Paget, wskazując na korzyść z tego dla postępu prac kongresowych. Do najciekawszych należała niewątpliwie sekcya chirurgiczna, w której po raz pierwszy przedstawiono znakomite wyniki, zdobyte dzięki antyseptyce w chirurgii jamy brzusznej. Spencer Wells zdumiewał wynikami swymi po operacyach guzów śródotrzewnowych, Martin i Thornton mówili o operacyach na narządach płciowych w jamie brzusznej, Ollier wyłożył sposoby swoje podokostnowych resekcyj stawów. Obszerną dyskusyę poświęcono w sekcyi medycyny wewnętrznej sprawie lokalizacyi mózgowej przy udziale takich badaczów, jak Charcot, Brown-Séquard, Jackson. Pomijamy szereg innych sekcyj, zawierających mnóstwo ważnych komunikatów, jak n. p. anatomia, akuszerya; na szczególną uwagę zasługują posiedzenia ogólne, na których poruszono sprawy niezmiernej dla nauki doniosłości.

Virchow wypowiedział mowę o znaczeniu dla badań patologicznych doświadczeń na zwierzętach, występując, rzecz prosta, jako gorący obrońca wiwisekcyj, które mają w Anglii nader żarliwych nieprzyjaciół, zamierzających w zapale źle zrozumianego humanitaryzmu wnieść do parlamentu odpowiednie prawo, zabraniające wykonywania doświadczeń na zwierzętach żywych. Pod wpływem słów jego sekcya fizyologiczna w sprawie tej ogłosiła następujące orzeczenie: Zjazd międzynarodowy lekarski w Londynie oznajmia na podstawie głębokiego przekonania, iż doświadczenia na zwierzętach żywych stanowią dla medycyny nabytek ogromnego znaczenia i są koniecznie potrzebne dla dalszego jej rozwoju...; z tych powodów jest zdania, iż zarówno w interesie ludzi, jak i zwierząt nie jest pożądanem wzbranianie ludziom nauki wykonywania rzeczonych doświadczeń. Znakomite badania swoje skreślił Pasteur w odczycie *o teoryi zarodków* i przedstawił wyniki poszukiwań swych nad cholerą kur. Z innych tema-

tów roztrząsanych na tych posiedzeniach wspomnieć należy o odczycie Huxleya o związku pomiędzy naukami przyrodniczemi i medycyną, Raynauda o sceptycyzmie w medycynie, wreszcie Volkmanna o postępach chirurgii w ciągu ostatnich dziesięciu lat.

Dotychczasowy termin dwuletni zbierania się Zjazdów przedłużono o rok jeden, dopiero więc w roku 1884. w Sierpniu otwarto w Kopenhadze VIII. Zjazd lekarski. Przewodniczącym był patolog prof. Panum; lista uczestników wynosiła 1740. Najwybitniejszą chwilą kongresu był odczyt Pasteura o mikroorganizmach chorobotwórczych i o szczepieniu ochronnem, przyjęty nadzwyczaj entuzyastycznie. Zaznaczył on w nim zmiany w poglądach patogenetycznych pod wpływem postępu bakteryologii w ciągu trzech lat od ostatniego Zjazdu. W Londynie, powiedział, nie było prawie jeszcze mowy o pochodzeniu pasorzytniczem chorób zakaźnych; dziś znamy już pochodzenie niektórych z nich i możemy osłabiać ich jadowitość przez odpowiednie szczepienie hodowli; w końcu wspominał o badaniach swych nad wścieklizną.

Obszerna dyskusya toczyła się nad gruźlicą; Weigert mówił o nekrozie koagulacyjnej, Esmarch i Verneuil roztrząsali sprawę wycinania raka odbytnicy, Leloir i Doutrelepont, patogenezę i anatomię patologiczną *lupus vulgaris*.

Na jednem z posiedzeń zaproponował Virchow, aby następny Zjazd odbył się w Berlinie; propozycyi jednak tej nie przyjęto i na zaproszenie Amerykan miejscem IX-go Zjazdu wybrano Waszyngton.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 10. Maja 1894 r.

— VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty i wykłady:

I. W sekcyi chirurgicznej:

Prof. Rydygier: 1) O leczeniu gruźlicy stawów, 2) O leczeniu włókniaków macicy, 3) Doświadczenia dalsze z własnym sposobem tymczasowego wypiłowania kości krzyżowej celem usunięcia raka odbytnicy.

St. Leon Szuman z Torunia: O narkozie eterowej.

Dr. Załoziecki prymar. z Czerniowiec. (Wykład zastrzeżony).

Dr. Ziembicki Grzegorz ze Lwowa: 1) Przyczynek do techniki wycięcia macicy, 2) Wody siarczane w chorobach kości i ich zastosowanie po zabiegach operacyjnych, 3) Niezwykłe okazy nowotworów.

Prof. Dr. Alfred Obaliński z Krakowa. (Wykład zastrzeżony).

II. W sekcyi ginekologicznej:

Dr. Święcicki Heliodor z Poznania: 1) Jakie ma znaczenie badania krwi w chorobach kobiecych, 2) W sprawie etyologii mięśniaków.

Dr. Jerzykowski: O niepłodności skutkiem utajonej rzeżączki.

III. W sekcyi higieny i medycyny sądowej:

Dr. Krokiewicz Antoni ze Lwowa: Teorya kontagionistyczna o powstawaniu i szerzeniu się cholery azyatyckiej wobec doświadczeń poczynionych w Galicyi w czasie cholery w r. 1892 i 1893.

Dr. Krzyżanowski Kalikst ze Lwowa: Zapalenie opon mózgordzeniowych epidemiczne w Galicyi w r. 1893.

— Trzecie zebranie Izby lekarskiej w Krakowie odbyło się dnia 5. b. m. w komplecie wszystkich jej członków.

Na zebraniu tem *a*) przyjęto dla Izby, jej Wydziału i Rady honorowej regulamin, który zostanie niezwłocznie przesłany Namiestnictwu celem uzyskania zatwierdzenia przez Ministerstwo spraw wewnętrznych; *b*) postanowiono wnieść podanie do c. k. Ministerstwa sprawiedliwości o uregulowanie taks sądowo-lekarskich, w myśl wyczerpującego referatu Dra Ign. Schaittera; *c*) uchwalono w zasadzie założenie kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy i ich rodzin, poruczając prof. Drowi Jakubowskiemu wypracowanie projektu w tej mierze i przedstawienie go Izbie na najbliższem posiedzeniu.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Niedawno rozesłał Zarząd szpitala Braci Miłosierdzia w Krakowie wszystkim lekarzom miejscowym zdanie sprawy z czynności swojej i wykaz chorych leczonych w roku 1893.

O ile cieszymy się z widocznego wzrostu i znacznego przybytku chorych w roku ubiegłym, o tyle musimy wyrazić zdziwienie swe, że sprawozdanie, o którem mowa, tyle rażących błędów zawiera. Przytaczamy tutaj tylko kilka ważniejszych, jak n. p. pod rubryką: Nowotwory, pomieszczono rzeżączkę i dymienicę, pod rubryką: Gruźlica, plucie krwią, jak gdyby to była samoistna jakaś choroba; w rubryce: Choroby układu nerwowego, zapalenie mięśni; pod rubryką: Choroby organów trawienia, zapalenie nerek a pod działem: Choroby narządów trawienia, zapalenie krtani lub też w końcu dział: Chorób mięśni zawiera jedną rubrykę: Próchnienie kości. Wiele jeszcze innych błędów lekarskich i językowych moglibyśmy wytknąć; poprzestajemy jednak na tem, w nadziei, że ta nasza uwaga w roku przyszłym usunie te braki i sprawozdanie będzie ułożone naukowo i bez rażących błędów. *Dr. J. S.*

— Umieszczony w poprzednim nrze *Przeglądu lekarskiego* Wykaz zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich lekarzy Polaków, prostujemy i uzupełniamy według nadesłanych teraz doniesień: w Elgersburgu w Turyngii Dr. Barwiński; Dr. Medvey nie praktykuje w Morszynie; w Truskawcu nie Dr. Dekański, lecz Dr. Pelczar; w Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech Dr. S. Filipkiewicz.

— Prezydentem VIII. międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego, odbyć się mającego w bieżącym roku w Budapeszcie od 1. do 9. Września, jest hr. Stefan Karolyi, przewodniczącym komitetu organizacyjnego Karol Kamermayer, radca ministeryalny i burmistrz budapeszteński, przewodniczącym komitetu wykonawczego prof. Dr. Józef Fodor, jeneralnym sekretarzem prof. Dr. Koloman Müller. Biuro jeneralnego sekretarza mieści się do 20. Sierpnia w szpitalu św. Rocha, później w król. politechnice. Składka wynosi 10 złr. od członka i nadaje prawo wstępu na wszystkie posiedzenia tudzież do udziału we festynach i wycieczkach, o ile na nie osobno nie trzeba będzie płacić. Prócz tego każdy członek kongresu ma prawo do egzemplarza rozpraw kongresu.

Panie opłacają tylko po 5 złr., nie otrzymają jednak rozpraw.

O mieszkania po hotelach trzeba zgłaszać się wprost do zarządów hotelowych; co do mieszkań prywatnych, udzieli sekretarz jeneralny wiadomości.

Do wymienionych już dawniej przybyły jeszcze wycieczki do Belgradu i Łaźni Herkulesa, do Mezöhegyes celem obejrzenia stadnin, do Zagrzebia, Rieki i Abbazyi, tudzież do Piszczan.

Paniami przybyłemi na kongres zajmie się osobny komitet dam budapeszteńskich.

Z wykazu odczytów zapowiedzianych na kongres widzimy, iż dział higieniczny obejmuje 437 odczytów w 19 działach, demograficzny zaś 98 odczytów w 7 sekcyach. Z tego spisu, w którym znajdujemy poruszone najżywotniejsze kwestye z zakresu całej higieny i demografii, wyjmujemy następujące nazwiska prelegentów i zapowiedzianych przez nich odczytów: prof. O. Bujwid (z Krakowa): 1) rezultaty szczepienia wścieklizny w Warszawie od 1886 do 1893, 2) o prostym sposobie desinfekcyi, 3) o higienicznej kontroli wodociągów i filtrów piaskowych, 4) o zmianach higienicznych pod wpływem budowy kanałów w ostatnich dziesiątkach lat i zostających z niemi w związku urządzeniach higienicznych, 5) o wpływie wodociągów zbudowanych w ostatnich czasach na stosunki higieniczne większych miast, 6) o badaniu i desinfekcyi wagonów kolei żelaznych, statków, stacyj i podróżnych podczas epidemij; Dr. Okęszyc (z Warszawy) o plasmodyach zimnicy, prof. M. Nencki (z Petersburga) o truciznach bakteryjnych, Dr. Steinhaus (z Warszawy): etyologia raka, Dr. Justyn Karliński o użyteczności i nieużyteczności kwarantan, Krajewski z Chersonu: o szczepieniu zapobiegawczem w wągliku i róży świńskiej.

— W ogólnym poglądzie na odbyty właśnie kongres w Rzymie przyznaje J. Schwalbe w artykule umieszczonym w numerze z dnia

26. z. m. w *Deutsche med. Wochenschrift*, że nie było ładu i składu na kongresie, ale przyczyny tego dopatruje się, łagodząc ostrą krytykę felietonisty E. E., o którym wspomnieliśmy w jednym z poprzednich numerów *Przegl. Lek.*, w braku zdolności organizacyjnych i służbistości u Włochów i zbyt wielkiej ilości przybyłych na kongres, z których większa część zgłosiła się dopiero w ostatniej chwili. Pod względem naukowym kongres zdaniem Schwalbego nie spełnił nadziei z powodu zbyt wielkiej liczby odczytów a ztąd ich jakoby przemełcia tylko na posiedzeniach. Złe tkwi, zdaniem S. także i w wielojęzyczności obrad i rozdzieleniu czynności kongresu na mnóstwo sekcyj; w tej mierze radzi przyjąć dla kongresu tylko jeden język i to francuski, zgodnie ze zdaniem *British medical Journal* a punkt ciężkości przenieść na posiedzenia ogólne a na nich zajmować się tylko ważnemi i doniosłemi sprawami przedstawianemi przez kompetentnych sprawozdawców.

Nie wchodząc tutaj ani w słuszność ani praktyczność poglądów Schwalbego, widzimy i z tego głosu, że urządzenie międzynarodowych kongresów lekarskich potrzebuje znacznej reformy, jeżeli te Zjazdy mają przynosić pożytek rzeczywisty a nie stawać się zebraniami tylko dla przyjemności.

— Wiadomo, iż temperatura wrzenia wody nie jest stała, lecz zmienia się stosownie do ciśnienia; w ogólności powiedzieć można, iż im większe ciśnienie barometryczne, tem i temperatura wrzenia wody wyższa i odwrotnie a ponieważ do wyjałowienia narzędzi chirurgicznych i lekarskich, używa się między innemi wrzącej wody, ze skutkiem, jak wiadomo, bardzo dobrym, przeto prof. okulistyki w Inspruku, Czermak, powziął myśl zbadania, czy i w Inspruku położonym w wysokości 573 metrów nad poziomem morza, w mieście, w którem wrze woda już w ciepłocie 97·5° C., wystarcza zwyczajny sposób desinfekcyi narzędzi wrzącą wodą. Dokładne badania przedsięwziął w tej mierze Dr. Pichler, asystent kliniki okulistycznej a pokazało się z nich, iż tak insprucka temperatura wrzenia wody jak i ogólnie przepisane czasy do desinfekcyi wodą wrzącą zupełnie wystarczają z tej przyczyny, iż używany do wyjałowienia czas nie jest najkrótszym, jakiego do tego celu potrzeba, lecz jest znacznie dłuższym, t. j. ma w sobie pewien współczynnik bezpieczeństwa.

W każdym razie zbadanie tej okoliczności było uzasadnione a byłoby rzeczą i ważną i praktyczną, by i w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach położonych wysoko, jak w Krynicy (589 metrów nad poziomem morza), Szczawnicy (523 m.), Rabce (488 m.), Żegiestowie (490 m.) a osobliwie w położonem najwyżej Zakopanem (942 m.) powtórzono badania dokonane w Inspruku.

— Z jeneralnego zdania sprawy o przebiegu chorób stadnych czyli epizoocyj we Węgrzech w r. 1892 wyjmujemy następujące daty świadczące wymownie o wielkiej wartości szczepienia ochronnego w wągliku i róży świńskiej. Jakoż zaszczepiono w r. 1892 koni 3.838, krów i wołów 54.633, owiec 268.310 i 462.310 świń. W wielkich oborach, w których zaprowadzono szczepienie pasteurowskie, straty roczne wynosiły niegdyś w procentach 5·6 dla koni i wołów, 10·12 dla owiec a 25 dla świń. W roku 1892 liczby te zmniejszyły do 0·12% dla koni, 0·21 dla wołów, 0·61 dla owiec i 0·45% dla świń, co świadczy najlepiej o olbrzymiej wartości szczepień metodą Pasteura dla stosunków ekonomicznych i napełnia słuszną dumą Francuzów.

— Lekarskie dzienniki amerykańskie donoszą, że w pewnej menażeryi w Stanie Wisconsin zachorował tygrys wśród przypadów, które nakazywały domyślać się zapalenia wyrostka robaczkowatego. Postanowiono uratować mu życie operacyą; w tym celu skrępowano go łańcuchami, założono potężny kaganiec, zrobiono według wszelkich prawideł nowoczesnej chirurgii laparotomią i wydobyto ze schorzałego wyrostka pierścień od lornety teatralnej. Ponieważ podczas operacyi pacyent zachowywał się bardzo niesfornie, zapytuje się inny dziennik, czemu go nie chloroformowano i nie pozwolono w całej pełni korzystać z dobrodziejstw dzisiejszej nauki?

— Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej odbytem w dniu 24. Kwietnia b. r. przytoczyli Manouvriez i Brouardel daty odnoszące się do wpływu reform higienicznych na śmiertelność z duru brzusznego w mieście Valenciennes. I tak przed zaprowadzeniem wodociągów wynosiła śmiertelność z duru brzusznego 12 na 10.000, dochodząc podczas epidemii nawet do 32 na 10.000, po zaprowadzeniu wodociągów spadła w latach 1874—1884 do 9 na 10.000 a w ostatnich 10 latach po wybudowaniu kanałów spławnych obniżyła się nawet do 3·2 na 10.0 0. Jestto zdaniem Brouardela wymowny przykład wartości reform higienicznych i ich szczególnego wpływu na dur brzuszny.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 4: M. Warman: Przyczynek do leczenia poronień osnuty na tle 250 przypadków (ciąg dalszy). — Z. Dmochowski: O wtórnem cierpieniu jamy noso-gardzielowej u suchotników (dok.). — F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych (ciąg dalszy). — W Nrze 5: W. Olechnowicz: Przypadek akromegalii. — M. Warman: Przyczynek do leczenia poronień, osnuty na tle 250 przypadków (dok.). — F. Kijewski: O ropniach podprzeponowych. — W Nrze 6.: Z. Dmochowski i W. Janowski: Rzadki przypadek całkowitego torbielowatego zwyrodnienia wątroby. — F. Arnstein i A. Troczewski: Ciężki przypadek plamicy krwotocznej, wywołanej zakażeniem miejscowem, wikłającem ranę kłutą stopy. — S. Essigman: Przyczynek do sprawy krwotoków po wyrwaniu zęba. — E. Werner: Oczyszczanie wody za pomocą wodanu glinu. — Nrze 7.: A. Elsenberg; Choroba Brigtha pochodzenia syfilitycznego. — J. Neufeld: Parniki odkażające (przyrządy desinfekcyjne). — S. Sterling: Przyczynek do kwestyi poszukiwania lasecznika gruźliczego w plwocinie. — W *Medycynie* w Nrze 4.: J. Szwajcer: Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892. — Leopold Lubliner: Przyczynek do etyologii wyprysku gardzieli. — W Nrze 5.: L. Lubliner: Przyczynek do etyologii wyprysku gardzieli (dok.) — Teodor Heiman: O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. Część II. — O. Bujwid i Wł. Palmirski: Sprawozdanie ze szczepień ochronnych według metody Pasteura z pracowni bakteryologicznej w Warszawie. — S. Wolfram: Przypadek tężca o przewlekłym przebiegu. — W Nrze 6. i 7.: Wiktoryn Kosmowski: O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. — Teodor Heiman: O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej (c. d.). — Ludwik Czarkowski: Epidemia cholery azyatyckiej w miasteczku Siemiatyczach (gub. grodzieńska) w roku 1893.

— **Nekrologia**. Zmarli: W Korostnem w gubernii woroneskiej Dr. Kazimierz Kosiewicz, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego na dur osutkowy w dniu 24. Kwietnia b. r. — W Permie Dr. Władysław Wyszyński, naczelny lekarz kolei uralskiej. (*Medycyna*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16. Maja b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Zoll okaże przyrząd wojenny Hessinga; 2) odbędzie się dyskusya nad odczytem kol. prof. E. Korczyńskiego, mianym dnia 18. Kwietnia; 3) kol. Dr. Lud. Korczyński poda: *Kilka uwag o zapaleniu zakaźnem opon mózgowo-rdzeniowych.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Dra Głuchowskiego z Rabki.

L. 1294.

KONKURS.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Jabłonowie w powiecie Kołomyjskim położonej rozpisuje się konkurs pod warunkami w §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891 r. Nr. 18. dz. ust. kraj. zastrzeżonemi.

Roczna płaca wynosi 500 złr. oraz na koszta podróży służbowych ryczałt 227 złr.

Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Podania mają być wnoszone najpóźniej do 15. Maja 1894 r. do Wydziału Rady powiatowej w Kołomyi.

Kołomyja dnia 19. Kwietnia 1894.

Prezes:
Kruszelnicki.

105—3—3

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 19. Maja 1894 r. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9, Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z kliniki ginekologiczno-położniczej krakowskiej pod kierunkiem prof. Dra Jordana.

Plastyka pochwy z warg sromnych mniejszych.

Podał
Dr. Rościszewski.

Bardzo mała liczba opisów w literaturze operacyj plastycznych w pochwie dowodzi, że operacya ta nie ma tak szerokiego zastósowania, jakieby jej się należało, wszelkie bowiem powolne rozszerzanie pochwy w zwężeniach skutkiem blizn może prowadzić do celu tylko w przypadkach lżejszych; w cięższych będzie zwykle zawodzić, gdyż wiemy, że blizna rozciągnięta prędzej czy później znowu się kurczy. Pewne i trwałe wyleczenie możemy uzyskać tylko przez wycięcie blizny i zastąpienie jej przez nową, zdrową tkankę.

O tem mogliśmy się przekonać także na przypadku, który w tej pracy zamierzamy opisać.

Dnia 20. Stycznia b. r. zgłosiła się do kliniki chora skarżąca się, że podczas porodu odbytego przed trzema miesiącami pochwa uległa przedarciu a następnie po wygojeniu się tak się zwęziła wskutek blizn, że stósunki płciowe stały się niemożliwemi, i żądała z tej przyczyny pomocy. Badanie wykazało: Osoba l. 21, wzrostu niskiego, delikatnie zbudowana, dość dobrze odżywiona.

Wargi sromne większe prawidłowe; mniejsze też prawidłowe, nieco większe, niż zazwyczaj. Pochwa na centymetr od wejścia częściowo zamknięta półkolistą blizną; przez otwór w tej bliźnie można wprowadzić zaledwie koniec małego palca. Blizna twarda, niepodatna zajmuje głównie część tylną pochwy i boczne; część przednia, pod cewką moczową położona, pokryta prawidłową błoną śluzową. Ten pasek prawidłowy leży w samym środku, tuż pod cewką i jest na 2 cm. szeroki. Powoli rozszerzając można małym palcem, nasmarowanym dobrze tłuszczem, przejść po za tę bliznę i przekonać się, że ta półkolista blizna ma długości 2 cm., po za nią zaś pochwa nieco rozszerza się, lecz jest także dość znacznie zwężona przez blizny w różnych kierunkach przebiegające. Dopiero przed samą częścią pochwową macicy jest pochwa obszerna, prawidłową błoną śluzową pokryta. Zaproponowano chorej powolne rozszerzanie pochwy. Chora poddała się temu leczeniu, lecz już po kilkunastu dniach przekonaliśmy się, że ten sposób do niczego nie doprowadzi; blizna bowiem była zbyt twarda, żeby dała się rozciągnąć. Wskutek tego zaczęliśmy myśleć o zabiegu operacyjnym; ponieważ zaś po za ową blizną półkolistą pochwa była wprawdzie bliznami pościągana, lecz znacznie szersza, niż u wejścia, główną zaś przeszkodę stanowiła ta półkolista blizna, przeto sądziliśmy, że wystarczy wyciąć wystający ponad powierzchnię reszty pochwy jej brzeg, żeby uzyskać dostateczną szerokość pochwy.

Za łaskawem pozwoleniem prof. Dra Jordana wykonałem tę operacyę d. 5. Lutego b. r. w następujący sposób: Wyciąłem nożem bliznowate półkole, trzymając się co do głębokości tylnej części pochwy a następnie podminowawszy błonę śluzową przed i po za ubytkiem, ściągnąłem ją razem i zeszyłem. Blizny poprzeczne w tylnej części pochwy poprzecinałem nożyczkami a pochwę wytamponowałem gazą jodoformową. Zeszyta błona śluzowa zgoiła się doraźnie i na razie był wynik dobry; do pochwy można było swobodnie wprowadzić palec wskazujący.

Chora opuściła dnia 15. Lutego 1894. klinikę jako wyleczona. Jednakże już po 2 tygodniach zgłosiła się powtórnie a po zbadaniu przekonaliśmy się, że rezultatu po tej operacyi nie było żadnego; blizna bowiem głębiej leżąca, niewycięta, ściągnęła się bardzo szybko i znacznie tak, że stan był taki, jak przed operacyą. Wskutek tego postanowiłem całą bliznę wokoło wyciąć aż do zdrowych tkanek, pozostawić tylko pod cewką moczową błonę śluzową, jako prawid-

łową, ubytek zaś przez to powstały pokryć za pomocą operacyi plastycznej.

W piśmiennictwie znalazłem trzy przypadki takich operacyi: Credégo[1]), Küstnera[2]) i Święcickiego[3]).

Z nich Credé użył do pokrycia ubytku skóry z wargi sromnej większej, Küstner błony śluzowej ze świeżo wyciętego jelita ludzkiego, Święcicki zaś błony śluzowej z jelita królika. Żaden z tych sposobów nie zadawalniał mię. Skóra z wargi większej jest materyałem bardzo dobrym, jednakże jest pokryta włosami, które później w pochwie dalej rosną. Wprawdzie Credé pisze, że jego pacyentce one nic nie przeszkadzały, ale była to osoba 50 letnia. Dla kobiety młodej trudno, żeby tak obojętne były włosy w pochwie.

Co się tyczy przeszczepiania błony śluzowej z jelita, to trudno mi było na ten sposób zdecydować się z przyczyny, iż przyjęcie się tych płatów wydawało mi się niepewnem, w czem mnie jeszcze i to utwierdziło, że Święcickiemu nie przyjęły się pierwszy raz przeszczepione płatki, dopiero za drugim razem. Oglądałem się więc za materyałem, z którego bym mógł dostać płat pewny a jak najbardziej swą budową do błony śluzowej pochwy zbliżony. Takim są wargi sromne mniejsze.

Operacyą wykonałem dnia 5. Kwietnia 1894. Po zachloroformowaniu chorej i dokładnem oczyszczeniu pochwy zrobiłem cięcie po stronie prawej na granicy blizny i zdrowej części pochwy wzdłuż całej długości blizny, więc długie na 5 cm. Cięcie to biegło równolegle do cewki moczowej w oddaleniu od niej na centymetr na prawo. Takie samo cięcie zrobiłem po stronie lewej, także równolegle do przebiegu cewki moczowej w odległości również centymetra od niej; następnie wyciąłem między temi częściami całą bliznę aż do zdrowych tkanek. Od tyłu sięgała blizna tak głęboko, że granicą jej była niezbyt gruba ściana odbytnicy. Powstał ubytek kształtu prostokątnego, długi (licząc wzdłuż osi pochwy) na 5 cm., szeroki (od prawego do lewego brzegu) na 6 cm. Dno jego stanowiły zdrowe tkanki, brzegi prawidłowa błona śluzowa. Teraz naciągnąłem prawą wargę sromną mniejszą i trzymając się ściśle podstawy odciąłem ją idąc od góry ku dołowi od podstawy, pozostawiwszy na dole mostek odżywiający.

Ponieważ wargi mniejsze są, jak wiadomo, zdwojoną skórą, przeto rozdzieliłem na tępo obie blaszki, wskutek czego dostałem płat podwójnej szerokości, formy wachlarza. Płat ten zwróciłem powierzchnią krwawiącą ku ranie pochwy, okręciwszy go o 90 stopni. Brzeg zewnętrzny płatu przypadł na prawy brzeg rany pochwowej a więc najbliżej mostka odżywiającego; górny brzeg płatu przyległ do górnego, poprzecznego brzegu rany pochwy; wewnętrzny brzeg płatu do lewego brzegu rany w pochwie a więc w największej odległości od mostka odżywiającego. Sam mostek leżał u samego wejścia do pochwy. Dawny brzeg wargi leżał w samym środku płatu w osi podłużnej pochwy.

Po stronie prawej i w górze dało się płat przyciągnąć bez żadnych trudności, po lewej zaś dopiero po znacznem naciągnięciu płatu. Płat zeszyłem z brzegami rany szwami jedwabnemi.

Po założeniu szwów wypłukałem pochwę wyjałowionym rozczynem soli kuchennej i wytamponowałem lekko gazą borową, żeby płat drażnić jak najmniej. Opatrunek zmieniłem po 2 dniach; bałem się bowiem, żeby w razie dłuższego pozostawienia nie szkodziła płatowi zbierająca się w gazie wydzielina pochwy. Płat wyglądał dobrze; tylko wzdłuż lewego brzegu, gdzie było największe napięcie i największa odległość od mostka odżywiającego był siny w obszarze na centymetr szerokim. Po przepłukaniu znowu wyjałowionym rozczynem soli kuchennej wytamponowałem pochwę lekko gazą borową. Po następnych dwóch dniach przekonałem się, że cały płat przygoił się doraźnie prócz wyżej wspomnianego paska po stronie lewej, szerokiego na 1 cm., biegnącego wzdłuż całego lewego brzegu rany. Gazy więcej nie zakładałem; tylko pochwę codziennie przestrzykiwałem 3% rozczynem kwasu borowego. Po 6 dniach wyjąłem szwy. Kawałek obumarły odpadł, zresztą cały płat był dobrze, doraźnie przygojony.

Wzdłuż lewego brzegu rany, gdzie obumarł kawałek szeroki na centymetr, pokryła się rana ziarniną i poczęła zmniejszać się szybko; obawiając się, żeby się przytem pochwa znowu, choć nieznacznie nie zwęziła, zeskrobałem 25. Kwietnia 1894. ziarninę i pokryłem ten ubytek w wyżej opisany sposób z tą tylko różnicą, że wziąłem do tego lewą wargę sromną mniejszą.

Leczenie następowe to samo; płat przygoił się doraźnie, wyjęcie szwów po 5 dniach, gdyż żadnego napięcia nie było.

Obecnie chora ma pochwę tak szeroką, że 2 palce do niej bez wielkiej trudności wprowadzić można. Pochwa pokryta jest błoną śluzową znacznie pofałdowaną, tak że nie ma obawy, żeby mogła zwęzić się w jakikolwiek sposób.

Jako zaletę tej operacyi podałbym to, że pokrywamy ubytek materyałem najbardziej zbliżonym do błony śluzowej pochwy, że przyjęcie się płatów jest pewne, tudzież, że zapomocą obu warg sromnych mniejszych możemy pokryć bardzo znaczną część pochwy.

Wadą jej jest, że się poświęca wargi sromne, więc narząd w każdym razie potrzebny. Czy niedogodności ztąd powstałe będą tak wielkie, żeby mogły zniechęcić do wykonywania tej operacyi, dopiero doświadczenie musi rozstrzygnąć.

W końcu spełniam miły obowiązek składając Szan. Profesorowi Jordanowi podziękowanie za łaskawe pozwolenie wykonania tej operacyi w klinice ginekologiczno-położniczej.

[1]) Credé: Heilung der stenosis vaginae durch Einnähen eines Hautlappens. Archiv f. Gynaekologie t. 22. 1883.

[2]) Küstner: Beitrag zur Therapie der Narbenstenosen der Vagina. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie t. 18. z. 2. 1890.

[3]) Święcicki: Przyczynki do ginekologii i położnictwa. Część 1. i 2. 1893.

II. Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem Senna. Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Z dwiema rycinami).

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Przypadek mój służy za dowód, że wykluczenie zupełne jelita ślepego wobec pewnych

w nim spraw chorobowych (niedrożność z przewlekłej inwaginacyi i zapalnego obrzęku) jest zabiegiem możliwym i usprawiedliwionym. Że wykluczenie zupełne przyczyniło się w moim przypadku do zmniejszenia a następnie ustąpienia obrzęku zapalnego przez wstrzymanie drażnienia kałem chorobowo zmienionej ściany jelita, jestem o tem najmocniej przekonany i wątpię, żeby przez wykonanie samej ileokolostomii dałoby się było uzyskać ten sam skutek.

Przypadek powyższy jest nowym dowodem trudności rozpoznawczych wobec obrzęków jelita ślepego, które nieraz już rozpoznawano przed operacyą lub podczas operacyi za złośliwe, a dopiero autopsya lub dalszy przebieg kliniczny wykazywały, że rozchodziło się w tych przypadkach o obrzęki zapalne [1]. I w moim przypadku wykazał przebieg kliniczny, że obrzęk, który podczas operacyi musiałem uważać za złośliwy, był tylko zapalnym, wywołanym przez wgłobienie przewlekłe, gdyż po upływie miesiąca po operacyi przekonano się tylko o zwiększeniu się resystencyi w jego miejscu a w 2 miesiące po operacyi nie można było wykazać śladu obrzęku.

Uderzającem jest wystąpienie bardzo znacznego wzdęcia brzucha, w naszym przypadku od 2-go dnia po operacyi, utrzymującego się przez 3 dni; objaw ten również jak i uporczywe wymioty po operacyi i czkawkę musimy uważać za objawy miejscowego, plastycznego zapalenia otrzewny w znaczniejszym obszarze.

Ileokolostomię wykonałem tu sposobem Senna. Sposób ten wydaje mi się łatwiejszym, prostszym i prędszym, niż zwykłe sposoby enterorafii okrężnej, osobliwie w razie różnicy świateł resekowanych końców jelita; również te same przedstawia korzyści przed zwykle używanym sposobem implantacyi jelita biodrowego w okrężnicę wstępującą [2]. Niebezpieczeństwo wstrząsu (*shok*) jest zatem przy postępowaniu Senna mniejsze jak również i niebezpieczeństwo zakażenia jamy brzusznej z powodu mniejszej liczby szwów i szybszej manipulacyi.

Nie chcę tutaj bynajmniej odmawiać wartości genialnemu sposobowi szycia kiszek Czernego-Lemberta; sposób ten zabezpiecza nas w obecnym stanie nauki o aseptyce również przed infekcyą jamy brzusznej, ale w rękach

[1]) Hochenegg rozpoznał w swoim przypadku podczas operacyi nowotwór złośliwy, jednak dalszy przebieg kliniczny pouczył go, że rozpoznanie pierwotne było mylnem, że musiał to być obrzęk zapalny, gdyż zmniejszył się po operacyi do połowy i stał się ruchomym. Podobnież w przypadku przytoczonym Franka rozpoznawano przy pierwszej laparotomii nowotwór złośliwy jelita ślepego (Dr. Hochenegg), przy drugiej operacyi rozpoznano tylko sprawę zapalną a względnie gruźliczą. Także Brenner przedstawił w linieckiej sekcyi Towarzystwa lek. Górnej Austryi 8. Czerwca 1893 (*Wien. klin. Wochschrft. 1893. Nr. 32, str. 595*) 32-letniego chorego, u którego przed operacyą rozpoznał *carcinoma flexurae coli dextrae*. Przy operacyi pokazało się, że obrzęk stanowiła zgrubiała okrężnica wstępująca i jelito ślepe wraz z wyrostkiem robaczkowym; największy udział w zgrubieniu ścian jelita brała błona mięsna, zgrubiała do rozmiarów palca, która nadawała obrzękowi wejrzenie nowotworu; jelito było zwężone do grubości małego palca.

Przypominam sobie również przypadek z kliniki Billrotha, w którym przed resekcyą jelita ślepego przypuszczano nowotwór złośliwy, po resekcyi zaś i autoskopii rozpoznano obrzęk zapalny na tle gruźliczem.

[2]) porównaj następujące prace:

N. Senn. Two cases of resection of the Coecum for Carcinoma with remarks on intestinal anastomosis in the ileocoecal region. The Journal of the American surgical Association 1890. June 14.

Roman Barącz. O wartości anteroanastomozy zapomocą szwów płytkowych Senna w chirurgii żołądka i jelit. Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszaw. Rok 1893. Tom LXXXIX i Archiv Langenbecka. Tom 44. Zeszyt 3.

najwprawniejszego chirurga musi wymagać więcej czasu dla dokładności, z jaką trzeba go wykonać i z powodu znacznej liczby szwów; naraża zatem — osobliwie chorych mocno osłabionych — daleko łatwiej na zapad (*shok*). Co do techniki sposobu Senna, powołać się muszę na prace Senna i na dawniejsze swoje prace, tyczące się tego samego przedmiotu [1]. Również przy ślepem zaszywaniu obu końców wykluczonej pętli posługiwałem się z wielką korzyścią wskazówkami podanemi przez Senna (inwaginacya i szew kuśnierski jednopiętrowy).

Zamiast płytek z kości odwapnionej użyłem w przypadku tym z korzyścią poleconych dawniej przez siebie płytek z surowej brukwi, których użyteczność wypróbowałem był doświadczalnie [1]) i na osobie żyjącej w przypadku gastroenterostomii wobec raka odźwiernika [2]). Modyfikacya moja znalazła prócz tego jeszcze 3 razy kliniczne zastósowanie, i to z dobrym skutkiem przy gastroenterostomii. Ryszard Heigl [3]) w Koblencyi użył płytek brukwianych przy wykonaniu gastroenterostomii wobec bardzo rozległego nacieku rakowego w odźwierniku, przechodzącego na znaczną część ściany żołądka. Chory wyzdrowiał a skoro stan ogólny poprawił się i chorego przybyło na wadze, wykonał Heigel resekcyę odźwiernika wraz z połową żołądka. Chory wyzdrowiał.

Również R. Butz [4]) w Petersburgu wykonał w dwóch przypadkach raka odźwiernika gastroenterostomię sposobem Senna z tą modyfikacyą, że użył płytek brukwianych. B. przytacza jako zaletę szybkość sporządzania tych płytek. Jeden chory, mężczyzna 35-letni, operowany 12. Listopada żył do 30. Grudnia, w którym uległ rozrostowi nowotworu. Drugi chory umarł w zapadzie w 72 godzin po operacyi. Przy sekcyi znaleziono obie płytki *in situ,* mało zmienione; płytka w żołądku była zielonawo-zabarwiona, płytka w jelicie brudno-żółta; płytki były nieco rozmiękłe, ale zawsze jeszcze elastyczne i dostatecznie twarde.

Jak z powyższego okazuje się, zastósowano dotychczas na stałym lądzie europejskim szew płytkowy Senna 5 razy i to zawsze zapomocą płytek, przezemnie poleconych (brukwianych) i zawsze z dobrym skutkiem; 4 razy wykonano tym sposobem gastroenterostomię [5]) a raz ileokolostomię (mój przypadek).

Jako nową korzyść płytek brukwianych przy ileokolostomii przytoczyć muszę i tę, że płytki kostne, jeżeli nie są dostatecznie odwapnione, mogą w jelicie sprawić odleżynę i przedziurawienie, co nie może zdarzyć się przy płytkach brukwianych, gdyż te są zawsze w każdem miejscu jednakowej zbistości.

Płytki brukwiane zasługują zatem na dalsze polecenie nie tylko do wykonania

[1]) l. c.

[2]) Porównaj: Roman Barącz, Przyczynek do chirurgii żołądka. Gastroenterostomia wykonana szwem płytkowym Senna zapomocą płytek z brukwi własnego pomysłu. Wyleczenie. *Przegląd lekarski* 1892. Nr. 24 i Centralblatt für Chirurgie 1892, Nr. 27.

[3]) 2 doniesienia listowne.

[4]) R. Butz. Zur Gastroenterostomie vermittels Kohlrübenplatten. (Aus der chirurgischen Abtheilung des St. Maria-Magdalenenhospitals zu St. Petersburg) *St. Petersburger med. Wochenschrift* 1893, Nr. 20 i referat w *Centralblatt f. Chirurgie* 1894. Nr. 4, str. 92.

[5]) Co do dalszego losu chorego, u którego blisko przed 2 laty wykonałem gastroenterostomię wobec rozległego raka odźwiernika, przechodzącego na znaczną część ściany żołądka, dowiedzieć się mogłem tyle, że w $1/2$ roku po operacyi miał się zupełnie dobrze; później wiadomość o nim zaginęła.

gastroenterostomii sposobem Senna, ale także i do enteroanastomozy.

Na podstawie doświadczenia w wyżej opisanym przypadku niech mi wolno będzie wypowiedzieć następujące wnioski.

1) Całkowicie wykluczone jelito ślepe u człowieka albo nie wydziela wcale albo też wydziela tylko bardzo mało kału.

2) Wykluczenie całkowite jelita ślepego nie jest zabiegiem niebezpiecznym, jak dotychczas przypuszczano, a obawy pękunięcia jelita skutkiem rozkładu gromadzącego się kału nie są uzasadnione.

3) Wykluczenie całkowite jelita ślepego jest zabiegiem usprawiedliwionym wobec niedrożności powstałej skutkiem przewlekłego wgłobienia lub nowotworu złośliwego, jeżeli resekcya jelit dla mocnych zrostów wykonać się nie daje. Zabieg ten jest racyonalniejszym, aniżeli wykonanie samej enteroanastomozy (ileokolostomii), gdyż drażnienie chorobowo zmienionej pętli kałem jest tu usunięte. Przed wykluczeniem niezupełnem zaś ma wykluczenie zupełne tę wyższość, że nie naraża chorego na nieprzyjemności przetoki kałowej a ewentualnie na powtórny zabieg.

4) Do przywrócenia połączenia resekowanych końców jelita po całkowitem wykluczeniu nadaje się najlepiej metoda Senna dla szybkości, z którą daje się wykonać, i pewnego zabezpieczenia przed przedziurawieniem. Zamiast płytek z kości odwapnionej należy użyć płytek z brukwi nietylko dlatego, że płytek tych łatwiej można nabyć i że je łatwiej można sporządzić, ale także i z tej przyczyny, że płytki kostne, jeżeli nie są dostatecznie odwapnione, mogą sprawić odleżynę i przedziurawienie jelita.

III. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.

Napisał

Dr. Tadeusz Mayzel,

sekundaryusz oddziału.

Odczyt w dniu 4. Października 1893 roku w Towarzystwie lek. krak.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

W roku 1892. pojawiła się piękna praca Lindena [1]), tycząca się sprawy wchłaniania i wydalania rtęci, do ustroju wprowadzonej. W ocenieniu ilości rtęci wydzielonej posługiwał się Linden metodą Allmena, zmodyfikowaną przez Schillberga, polegającą na badaniu mikroskopowem kuleczek rtęci z moczu, wydzielonej przedtem zapomocą elektrolizy na płycie metalowej, a następnie przez ogrzanie osadzającej się w postaci kuleczek na ścianach rurki szklanej, odpowiednio zatopionej. (Metoda zawiła, objaśniona szczegółowo w pracy Lindena). Z przetworów rtęciowych, nierozpuszczalnych powołuje się Linden na 237 rozbiorów moczu przy wstrzykiwaniach *hydrarg. salicylicum* i 8 rozbiorów przy wstrzykiwaniach kalomelu. Wnioski jego są następujące:

1) Wydzielanie rtęci z ustroju jest jednostajne dopóty, dopóki rtęć w ustroju krąży.

2) Ilość wydzielanej rtęci zależy od ilości rtęci doprowadzanej i od czasu, który upłynął od zaprzestania doprowadzania rtęci.

3) Po jednej injekcyi *hydrarg. salicylicum* pojawia się rtęć w moczu szybko, nieraz już po kilku godzinach, przez następne dwa dni jest jej bardzo dużo, poczem rychło ilość rtęci się zmniejsza a zwykle z początkiem drugiego tygodnia od daty wstrzyknięcia zupełnie znika.

4) W przypadkach, gdzie w stósunkowo krótkim czasie wprowadzono do ustroju znaczną ilość *hydrarg. salicylicum*, lub przy leczeniu wstrzykiwaniami w regularnych odstępach czasu ilość wydzielanej rtęci jest znaczniejszą, utrzymuje się przez pierwszy tydzień w jednostajnej mierze (w ogóle jest znaczna), poczem powoli zmniejsza się z tygodnia na tydzień.

W 70% przypadków znajduje się jeszcze rtęć w moczu w 4-tym tygodniu a w 24% w drugim miesiącu po zaprzestaniu wstrzykiwań. Dodać wypada, że *hydrarg. salicyl.* nie wywołuje ani ropni, ani nacieków, mogących utrudniać wessanie a tem samem wydzielanie rtęci.

Gdybyśmy analogicznie doświadczenia te odnieść mogli w tem samem znaczeniu do oleju szarego, musielibyśmy przyjąć za okoliczność udowodnioną, że wessanie i wydzielanie rtęci po wstrzykiwaniach oleju szarego jest również szybkiem i niezawodnem, czego także dowodzą rozbiory moczu w naszych dwóch przypadkach po jednorazowem wstrzyknięciu oleju szarego, w których badanie wykryło ślady rtęci.

Niestety w tej mierze brak jest dotąd doświadczeń a byłyby one bardzo pożądane, aby ostatecznie wyświetlić przyczynę opisanych powyżej przypadków zatrucia rtęciowego, które dziś tłómaczyć sobie tylko możemy wielkością dawki rtęci, do ustroju wprowadzonej. W każdym jednak razie musimy przyjść do przekonania, że bądź jak bądź wessanie rtęci w postaci oleju szarego jest powolniejsze i bardziej niejednostajne, aniżeli w innych przetworach rtęciowych; wynika to już z konsystencyi przetworu, zbliżonej najwięcej do rtęci metalicznej. Wessanie to utrudnia naturalnie w znacznym stopniu tworzenie się nacieków w tkance komórkowej. Że tak jest, dowodzi rozbiór chemiczny, dokonany w przypadkach śmierci skutkiem zatrucia rtęciowego w klinice prof. Kaposiego, przez prof. Ludwiga, gdzie w kawałku skóry naciekłej po injekcyi oleju szarego, wyciętym już po śmierci, wykazano jeszcze 0·0415 rtęci = 69·5% ilości rtęci, podskórnie wstrzykniętej.

I w naszym przypadku treść ropnia badana, wykazała wybitną ilość rtęci, ilościowego jednak rozbioru nie wykonano.

Nawiązując do tej ostatniej okoliczności, nasuwa się pytanie, czy przypadkiem tworzenie się nacieków podskórnych w razie dalszych mimo to wstrzykiwań oleju szarego nie daje powodu do następnego zatrucia rtęciowego. Możliwem by to było tylko w tym razie, gdyby przy energicznem leczeniu rtęcią bez względu na tworzenie się nacieków, resorpcya jej nastąpiła dopiero po dłuższym czasie wstrzykiwań, jed-

[1]) Linden: „Ueber die Absorption und Elimination des Quecksilbers etc. Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie u. Syphilis. Z. II. Str. 171.

nocześnie z wszystkich miejsc naciekłych, w których wessanie rtęci do pewnego czasu skutkiem reakcyi zapalnej było powstrzymane. Wtedy bowiem znajdziemy się w podobnych okolicznościach, jak gdybyśmy do ustroju wprowadzili całą niemal ilość rtęci dotychczas zużytej naraz, co naturalnie musiałoby wywołać reakcyę. Jestto jednak tylko przypuszczenie, na które dotąd żadnych dowodów nie mamy, gdyż:

1) Nie wiadomo, czy w powyższych przypadkach Hallopeau i Kaposiego były nacieki po wszystkich injekcyach, (wzmianka jest tylko o tym jednym).

2) Nie wiemy również, jak się w tych przypadkach zachowywała ilość rtęci, wydzielonej z moczem. W naszych przypadkach, gdzieśmy mimo nacieków (wprawdzie nieznacznych) w pewnych razach nie przerywali wstrzykiwań, nie mamy do zanotowania ani jednej okoliczności, świadczącej o szkodliwem zadziałaniu rtęci na ustrój, ale równocześnie przytoczyć należy, iż tam, gdzie po wstrzykiwaniach oleju szarego powstawały znaczniejsze nacieki, tam też o wiele częściej występowały przypady ostrego zatrucia rtęciowego, które utrzymywało się uporczywie.

Mimo to sądzę jednak, że bynajmniej nie zbłądzimy, jeśli zdanie przeciwników oleju szarego weźmiemy pod rozwagę, a jakkolwiek zgodnie z Langiem wytknąć tu musimy bezwzględnie zawielkie dawki rtęci podczas stósowania oleju szarego, to jednak ostatnia ta okoliczność zniewalać nas winna do zwracania przy leczeniu olejem szarym pilnej uwagi na zachowanie się ustroju podczas leczenia. Dlatego sądzę, że w sprawie tak ważnej powinniśmy zająć stanowisko pośrednie a mianowicie nie odmawiając olejowi szaremu wielkiej wartości, należy w każdym przypadku uwzględnić ściśle wskazania do zastósowania oleju szarego, ewentualnie do przerwania w danym razie leczenia. A wskazania te, względnie przeciwwskazania byłyby następujące:

I. Ustrój dotknięty kiłą powinien znajdować się w zadowalniającym, o ile można, stanie zdrowia ogólnego a szczególniejszą uwagę zwracać należy na dobry stan błon śluzowych ust, narządu trawienia, narządu moczowego i skóry.

II. Podczas leczenia baczną uwagę zwracać zawsze należy na tworzenie się nacieków, a w przypadkach nacieków znaczniejszych wskazanem jest przerwanie wstrzykiwań dopóty, dopóki nacieki przynajmniej w znacznej części nie ulegną wessaniu!

III. Po ukończeniu leczenia ogólnego zalecić choremu przynajmniej przez miesiąc pielęgnowanie jamy ustnej, zachowanie odpowiedniej dyety i pilne baczenie na to, aby wszystkie organa, któremi rtęć wydziela się z ustroju, prawidłowo swą czynność odbywały, a o ile to możliwe, obserwować pilnie, czy w tym czasie rtęć nie wpływa szkodliwie na organizm.

W ostatnich czasach pojawiła się cenna praca dra Ullmanna pod tytułem: *Ueber die Localisation des Quecksilbermetalles im thierischen Organismus nach verschiedenartiger Applikation von Quecksilberpraeparaten. Aus dem Laboratorium für medizinische Chemie des Hofrathes Prof. Dr. Ludwig in Wien.* Zob. *Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis*, rok 1893, zeszyt II. Praca ta wyjaśnia nam mojem zdaniem wiele szczegółów w sprawie wydzielania i wessania rtęci w ustroju ludzkim, dotąd jeszcze nie rozstrzygniętych.

Ullmann wprowadzał do ustroju zwierzęcego różne przetwory rtęciowe w dawkach naprzód oznaczonych, bądź to *per os*, bądź w formie wstrzykiwań podskórnych, a to w celu wywołania albo otrucia ostrego albo zatrucia przewlekłego, lub wreszcie w celu wprowadzenia tej ilości rtęci, jaką zwierzę może jeszcze znieść bez objawów zatrucia, następnie zaś, gdy zwierzę albo zginęło samo lub też gdy je zabito w pewnym oznaczonym czasie, oznaczał ilościowo ilość rtęci w ustroju zwierzęcym pozostałej i tym sposobem starał się wykazać, ile rtęci ustrój zwierzęcy w danym razie wydziela przez sekrecyą i ekskrecyę a ile jej składa w rozmaitych narządach.

Nie rozwodząc się bliżej nad wynikami doświadczeń powyższych, gdyż to nie należy do zamierzonego tematu, wspomnieć jednak muszę o dwóch doświadczeniach Ullmanna z olejem szarym na psach, które nas tu w szczególności obchodzą a mianowicie:

I. W planie było otrucie przewlekłe injekcyami oleju szarego 50%; dawki dwie po 0·10 co tydzień, następnie zaś trzy dawki co tydzień po 0·05 (razem 0·35 *ol. ciner. fort.* podskórnie). Waga psa zdrowego, dobrze odżywianego 12·900 kilogramów. Pies tymczasem ginie już siódmego dnia po pierwszej injekcyi w ilości 0·10·

Sekcya wykazuje: *Gastroenteritis acuta, praecipue coli, lithiasis, cystitis, hypertrophia vesicae mediocris, pyelitis diffusa, praecipue dextra, degeneratio parenchymatosa renum.* Doświadczenie powyższe jest bardzo ważnem i pouczającem, wykazuje bowiem, że:

1) Upośledzenie funkcyi nerek wpływa na łatwość zatrucia rtęcią, o ile powstrzymuje się wydzielenie jej moczem a:

2) Że wtenczas poniekąd zastępstwo funkcyi wydzielania obejmuje przewód pokarmowy, czego dowodem w tym przypadku rozległe zmiany w jelitach, jakich we wszystkich innych przypadkach otrucia sekcya nie wykazała.

Doświadczenie drugie obchodzi nas tu o tyle, o ile z niego wnosić można w przybliżeniu o ilości największej dawki oleju szarego, jaką w pewnym oznaczonym czasie można wprowadzić bezkarnie do ustroju ludzkiego.

II. W planie: otrucie przewlekłe olejem szarym; dawki zamierzone: 4 injekcye po 0·05 *oleum ciner.* 50% w tygodniowych odstępach czasu. Pies ważący 8.600 gramów ginie w 47 dni od rozpoczęcia wstrzykiwań a w 26 dni po ostatniej injekcyi. Otóż biorąc dawki oleju szarego odpowiednie do ciężaru człowieka, ważącego 86 kilogramów, okazywałoby się, że 2 gramy oleju szarego 50% w ciągu czterech tygodni wprowadzone, stanowiłyby dla ustroju ludzkiego dozę śmiertelną. Wielkością też dawek oleju szarego tłómaczy Lang przypadki śmierci, opisane przez Kaposiego i Hallopeau!

Doświadczenia zatem powyższe, sądzę, dowodzą przekonywająco, że używanie oleju szarego, byle rozważne, nie zagraża w niczem bezpieczeństwu życia ludzkiego; chyba zaś dostatecznie potwierdzają okoliczność tę długoletnie doświadczenia Langa, Neissera, wreszcie nasze siedmiomiesięczne obserwacye, gdzie na 39 przypadków nie mamy do zanotowania żadnych cięższych zboczeń w ustroju skutkiem działania oleju szarego.

IV. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał
Dr. S. Lachowicz z Wilna.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

W ostatnim przypadku poddawano hodowlę niezwłocznie badaniu mikroskopowemu zapobiegając, ile możności zanieczyszczeniu i jednocześnie odrobinę hodowli, o ile się dało, z pojedynczej kolonii uszkiem, sterylizowanem szczepiono na żelatynę przez wkłucie; probówkę z żelatyną po zaszczepieniu zostawiano zwykle w temperaturze pracowni przez cały czas obserwacyi. Hodowla na żelatynie przez wkłucie (w probówce) uzyskana okazywała się i rozwijała także z niejednakową szybkością we wszystkich przypadkach, jakkolwiek najczęściej można było już ją dostrzedz dość wyraźnie na 3—5 dzień po zaszczepieniu; ogólnie jednak hodowla rozwijała się tu o wiele powolniej niż na agarze tak, że w wyjątkowych przypadkach stawała się wyraźną dopiero po 10—12 dniach, a nawet po dwóch tygodniach.

Tak, jak to opisałem, postępowałem zwykle tylko w tych razach, gdzie pierwsza wyraźna hodowla na agarze (zaszczepienie z oka) swem wejrzeniem makroskopowem nie zdradzała żadnego zanieczyszczenia a nadto badanie jej mikroskopowe stanowczo wykazywało obecność jednego tylko gatunku drobnoustroju; w przeciwnym zaś razie hodowlę agarową najpierw zaszczepiano na żelatynę na płytkach Petrego i dopiero już ztąd z jednej i tej samej kolonii przeszczepiano przez wkłucie do probówek, na agar i na żelatynę; po takiej manipulacyi otrzymywałem już całkiem czystą hodowlę. Tu mimochodem muszę nadmienić, iż we wszystkich przypadkach, tak czystych jak wątpliwych hodowli, zwykle nie zadawalniałem się jednorazowem szczepieniem przez wkłucie na agar i na żelatynę, lecz robiłem je po dwa a nawet po trzy razy.

Zbytecznie chyba dodawać, iż każdą żelatynową hodowlę poddawałem również badaniu mikroskopowemu, jak to czyniłem z hodowlą agarową. Dzięki wielkiej uprzejmości prof. O. Bujwida obydwa podłoża, tak agar jak żelatynę miałem już gotowe, stale używane w Jego pracowni. [1])

Ogólna liczba osób poddanych badaniu jednorazowemu wynosi u mnie 32, czyli 63 zdrowych worków spojówkowych (u jednej osoby badano tylko jedno oko). Z tej liczby bakterye wykazano tylko w 19 oczach (31%), w reszcie zaś (69%) wcale ich nie było. Na 15 osób pierwszej kategoryi tylko u 4-ch (w 27%) bakterye były w obu oczach, w reszcie zaś (w 73%) w jednem. Również na 26 osób drugiej kategoryi w 16-tu (około 62%) bakteryj nie było w obu oczach, w reszcie (38%) w jednem.

Co się tyczy gatunku drobnoustrojów, to przeważnie znajdowałem ziarniki: tak z ogólnej liczby osób (15, patrz wyżej), u których bakterye wykryto, u 11-tu były tylko ziarniki i to przeważnie w jednem oku (w obu tylko u 3ch osób) i tylko u 4-ch osób okazały się prątki (u wszystkich w jednem oku); wynik ten zostaje w zupełnej sprzeczności z rezultatem pracy A. E. Ficka, który przeciwnie w przeważnej liczbie przypadków znajdywał prątki, samych zaś ziarników ani razu nie wykrył (patrz wyżej). Być może, iż ta okoliczność tłómaczy się po części tem, że materyał do badania był nieco odmienny u mnie i u Ficka — u mnie ciecz łzowo-śluzowa, u Ficka przeważnie kawałeczki śluzu (*Scheimflocken*); jakkolwiekbadź ma ona dowodzić, iż tak doświadczenia Ficka, jak moje nie rozstrzygają jeszcze ostatecznie kwestyi co do rodzaju drobnoustrojów w zdrowym worku spojówkowym i że do tego niezbędne są jeszcze dalsze badania.

Niestety nie mogę tu podać dokładniejszej klasyfikacyi co do gatunku tej lub owej grupy bakteryj; jednakże na podstawie danych z badania mikroskopowego oraz charakteru rozwoju ich na agarze i żelatynie przez wkłucie, zgadzających się zasadniczo z odpowiedniemi danemi u Flüggego, Schenka i Ficka [1]), mogę wnosić, iż z pośród ziarników w przeważającej liczbie miałem *staphylococcus pyogenes albus* (u 4-ch osób, u 2-ch w obu oczach), następnie *micrococcus caudicans* (*coccus albus non liquefaciens*) u 2-ch osób, w jednem oku, *streptococcus pyogenes* (u jednej osoby, w jednem oku), *sarcina lutea* (u 2-ch osób, w jednem oku), *micrococcus coronatus* (u 2-ch osób, u jednej w obu oczach); z pośród prątków zaś wykryłem u jednej osoby (w jednem oku) laseczki w kształcie kolbek, czyli zgrubiałe na jednym końcu (*bacillus sporiferus* z powietrza podług prof. Bujwida).

Pod mikroskopem na preparacie ze świeżej hodowli, zabarwionym fuksyną, dostrzega się zwykle w owem zgrubieniu bardzo wyraźny białawy (niezabarwiony), podłużny zarodnik, który w późniejszych okresach rozwoju hodowli staje się ciałkiem wolnem i preparat mikroskopowy wykazuje wtedy obecność rozmaitych form przejściowych: jużto pojedyncze, jeszcze niezabarwione, lub słabo zabarwione zarodniki, jużto zwyczajne (niekolbkowate) prątki tak krótsze jak dłuższe, bez zarodników i dopiero też same kolbkowate, lecz w znacznie mniejszej liczbie, niż w preparatach z hodowli świeżej.

Hodowla prątka na pochyłej powierzchni agaru, kilkakrotnie otrzymywana, przedstawia się zarówno w kształcie masy rozlanej szarawego koloru, jak osobnych kolonij kształtu kropel tłuszczu. Na żelatynie przez wkłucie rozwija się hodowla niekiedy w kształcie jodełki bardzo powoli, nie rozrzedzając przytem żelatyny. Następnie *bacillus fluorescens putridus (seu fluorescens non liquefaciens)* wykryto u jednej osoby (w jednem oku). *Bacillus granulosus (bacillus xerosis conjunctivae* niektórych autorów), nie rozwijający się wcale na żelatynie, podobny bardzo do laseczek Loefflera w błonicy) u dwu osób (u jednej w obu oczach) i nareszcie laseczník ściśle nieokreślony (u jednej osoby w jednem oku) dla braku hodowli na żelatynie przez wkłucie; przedstawia się on w kształcie prątków to dłuższych to krótszych, niekiedy z białawemi punkcikami w środku.

Wszystkie powyżej przytoczone drobnoustroje otrzymano zwykle już za pierwszem (jednorazowem) zaszczepieniem na agar cieczy łzowo-śluzowej. Dopiero jedna osoba dwukrotnie badana, przy pierwszem badaniu dała wynik ujemny w obu oczach, przy drugiem zaś wykazała *micro-*

[1]) S. Z. Schenk. Grundriss der Bakteriologie für Aerzte u. Studirende 1892.

[1]) Flügge, Schenk, Fick, l. cit.

coccus candicans w jednem oku. Znowuż drugi osobnik za badaniem pierwszem wykazał *streptococcus pyogenes*, za drugiem *sarcina lutea* (w obu przypadkach w jednem oku). Następne dwie osoby ciekawe są z tego względu, iż u jednej z nich w jednem i tem samem oku okazały się dwa gatunki bakteryj: *staphylococcus pyogenes* i *micrococcus cereus albus* (drugie oko z wynikiem ujemnym), u drugiej zaś w obu oczach wykryto niejednakowe gatunki drobnoustrojów, w jednem oku *micrococcus candicans*, w drugiem *bacillus xerosis conjunctivae*. Wypada mi tu wspomnieć z kolei o własnych oczach, których trzechkrotne badanie z pauzą mniej więcej jednotygodniową, za żadnym razem nic nie wykazało.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Compendium moderne de Médecine pratique publié sous la Direction du Dr. de Maurans. Paris 1894. A. Maloine. str. 710.

Dzieło to jest zbiorem opisów przeważnie środków i metod leczniczych ogłoszonych w ciągu ostatniego trzechlecia. Obok tego znajdują się zestawione nowsze spostrzeżenia ze zakresu dyagnostyki lekarskiej. Postępowanie lecznicze jest tak przedstawione, jak je każdy autor w swoim artykule podał, bez żadnego dodatku uwag krytycznych ze strony sprawozdawcy. Z artykułów oryginalnych wyjęto tylko to, co nadaje się do zastósowania klinicznego. Przeważnie uwzględniono piśmiennictwo francuskie; jednak nie pominięto i prac z innych języków. Materyał znajduje się ułożony według zwykłego układu klinicznego chorób, w którym czytelnik bardzo łatwo zoryentować się może. I tak uwzględniono następujące działy: Choroby zakaźne i rak; zboczenia w odżywieniu (cukromocz, niedokrewność, blednica); choroby narządu oddechowego; choroby narządu krążenia; choroby nerek; choroby narządów trawienia; choroby układu nerwowego; ginekologia i położnictwo; ostatecznie choroby weneryczne i skórne. W jaki sposób różne choroby obrobiono, niech posłuży za przykład dział o gruźlicy. Obejmuje on następujące ustępy: O rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy w okresie początkowym; nowe sposoby i metody leczenia gruźlicy; rozmaite sposoby stósowania kreozotu (przez żołądek, podskórnie, przez tchawicę, zapomocą lawatyw i czopków); leczenie gruźlicy zapomocą gwajakolu; benzosozol i jego użycie w suchotach płucnych; arystol w leczeniu suchot płucnych; leczenie suchot płucnych rtęcią i jodkiem potasowym; podskórne wstrzykiwanie kamfory w suchotach płucnych; o stósowaniu niektórych środków przeciwgorączkowych w gruźlicy (antyfebryna, *Liq. arsen.* Fowleri, jodopiryna, wodochlorek fenokolu); środki przeciwpotne (teluran potasowy i sodowy, kwas kamforowy, kw. agarycynowy); gruźlicze zapalenie stawów i jego leczenie, rozpoznawanie i leczenie gruźlicy krtani; rozpoznawanie i leczenie gruźliczego zapalenia kiszki ślepej; wstrzykiwania naftolu kamforowego, kreozotu, balsamu peruwiańskiego, oleju jodoformowego do gruczołów gruźlicą zajętych a ostatecznie nowe sposoby leczenia liszaja żrącego (*lupus*).

W ten oto sposób uporządkowany jest cały materyał terapeutyczny z ostatnich czasów. A książka byłaby wielce przydatną dla lekarza praktycznego, lecz ma tę ujemną stronę, że autor nie wdaje się w żadne krytyczne uwagi nad wartością różnych środków i metod leczniczych. Ztąd wynika niebezpieczeństwo, że lekarz postępujący w praktyce według tej książki, naraziłby się zbyt często na nader nieprzyjemny zawód. Natomiast dla lekarza rozporządzającego szpitalem lub kliniką jestto podręcznik bardzo pożądany, gdyż pozwala na szybkie zoryentowanie się w nowszej terapii, o której wartości ma sposobność przekonania się sam każdego czasu. Należy jednak i tu zrobić zarzut, że sprawozdawca zestawiając ostatnie prace kliniczne przywodzi wprawdzie dokładnie nazwiska autorów, lecz nie podaje źródeł, zkąd ich prace czerpał. W ten sposób kontrola zdań sprawy jakoteż źródłowe studyum stają się niemożliwemi. Pomimo to może dzieło Maurana być pożyteczne i w tej formie dla lekarza obdarzonego zmysłem krytycznym.

W. Jaworski.

Położnictwo.

Schultze: **Przyczynek do cucenia mocno omdlałych noworodków za pomocą wahań.**

Z powodu dwu przypadków, z których jeden opisany przez Körbera, drugi przez Koffera, przypadków prawie zupełnie do siebie podobnych, w których sekcya noworodków cuconych wahaniami Schultzego wykazała: wylanie się krwi pod torebkę wątroby i następowe pęknięcie tejże torebki z wylaniem się krwi do jamy brzusznej, ogłasza Schultze powyższy artykuł i zbija wnioski przez obu autorów z tych przypadków wysnute. A mianowicie obaj autorowie twierdzą, że przyczyną śmierci noworodków w tych przypadkach było wylanie się krwi pod torebkę wątroby wywołane wahaniami Schultzego, które po pęknięciu torebki sprowadziło krwotok do jamy brzusznej. Otóż Schultze powołując się na trzy podręczniki anatomii patologicznej Rokitańskiego, Förstera i Webera wykazuje, że podobne zmiany, jakie obecnie Körber i Koffer opisują jako następstwa wahań, są w owych podręcznikach wymienione jako typowe zmiany cechujące śmiertelnie przebiegającą ciężką zamartwicę (*asphyxia*) noworodków. Z uwagi, iż trzy te podręczniki wyszły przed podaniem wahań jako metody w celu cucenia noworodków, należy uznać, iż zmiany te nie mogły powstać skutkiem wykonywania tychże wahań. Dalej wykazuje autor, że przez wahania nie tylko wywołuje się oddechy, lecz że równocześnie pobudza się i ułatwia czynność serca, gdyż raz poddaje się serce większemu ciśnieniu, przez co łatwiej wypiera ono krew do tętnic, drugi zaś raz, gdy ciśnienie znacznie się zmniejszy, zwiększa się znów siła ssąca serca. Dlatego zdaniem autora wahania nie tylko nie mogą sprowadzić wylania się krwi pod torebkę wątroby, lecz istniejące właśnie z powodu zamartwicy bierne przekrwienie wątroby, nerek i płuc zmniejszają. W końcu nie zaprzecza autor zupełnie, że w razie wylania się już krwi pod torebkę wątroby, może skutkiem wahań nastąpić jej pęknięcie i wylanie się krwi do jamy brzusznej, sądzi jednak, że stać się to może tylko skutkiem gwałtownych i nieumiejętnych wahań. (*Medicin.-Chirurg. Central-Blatt.* Nr. 19. 1893). *Dr. Kośmiński.*

Schultze: **Czy złamanie obojczyka jest przeciwwskazaniem do cucenia noworodka za pomocą wahań.**

Przy szybkiem wydobywaniu za nóżki mocno omdlałego płodu, złamano obojczyk podczas trudnego uwalniania rączki. Energiczne wahania sposobem Schultzego odniosły pożądany skutek.

Na złamanie obojczyka założono odpowiedni opatrunek (Velpeau), który po dziewięciu dniach usunięto. Wyleczenie zupełne; w miejscu złamania pozostało twarde, mocne zgrubienie kości.

Na podstawie tego przez siebie spostrzeganego przypadku zmienił autor zdanie, i gdy dotychczas zgadzał się z twierdzeniem Leopolda Meyera i Körbera, że przy złamaniu obojczyka wahania są przeciwskazane, sądząc, że odłamki obojczyka mogą zranić opłucną i płuco, (jak to się stać miało w przypadku Heydricha), to obecnie twierdzi, że wahania, byle tylko umiejętnie zastósowane, i w tych przypadkach są również dozwolone. Przytem zwraca autor uwagę na to, aby podczas wykonywania wahań nie uciskać rękami z boku barków płodu, lecz aby cały ciężar płodu spoczywał na palcach wskazujących w paszkach płodu, palce zaś wielkie powinny tylko dotykać się przedniej ściany klatki piersiowej, a nie uciskać obojczyków. (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 8. 1794). *Dr. Kośmiński.*

J. Harvie Dew: **Nowa metoda sztucznego oddechania przy cuceniu omdlałych noworodków.**

Lewą ręką chwyta się płód w ten sposób, aby grzbiet jego spoczywał na dłoni, palec wielki i wskazujący obejmują szyjkę, trzy palce zaś umieszcza się w pasze lewej; główka płodu przechylona ku tyłowi. Prawa ręka chwyta kolana płodu tak, aby dłoń przypadała na tylną powierzchnię uda w ten sposób, że kolanko prawe chwyta się pomiędzy palcem dużym a wskazującym. Jeżeli teraz lewą ręką przegniemy górną część kręgosłupa płodu ku tyłowi, prawą zaś ręką wyprostujemy mocno kończyny dolne i pociągniemy miednicę płodu ku tyłowi, wtedy wywołamy wdech, na odwrót, gdy lewa ręka przegnie kręgosłup wraz z główką płodu ku przodowi, prawą zaś ręką zegniemy nóżki płodu w ten sposób, że udami dotkniemy brzuszka płodu, natenczas sprawimy wydech. Zabieg ten bardzo wygodny dla cucącego, gdyż można przy nim siedzieć, a nie męczący, ma przedewszystkiem tę zaletę, że można go użyć w kąpieli ciepłej, skutkiem czego unika się oziębiania płodu, co podczas cucenia długo może zwolnić krążenie i stać się przyczyną śmierci. *(Deutsche Medicinische Zeitung.* Nr. 19. 1893).

Dr. Kośmiński.

Prochownick: **Przyczynek do postępowania w cuceniu omdlałych noworodków.**

Najlepszym sposobem cucenia mocno omdlałych noworodków są bezsprzecznie wahania Schultzego, jednak nie zawsze można ich użyć z przyczyny przykrego wrażenia na otoczenie (rodzina) i nie wszędzie n. p. w niskich izbach. Dlatego poleca autor do wypróbowania następujący sposób cucenia noworodków, którym posługuje się z dobrym skutkiem od lat kilku. Lewą ręką chwyta się płód za nóżki i utrzymuje go w pozycyi wiszącej w ten sposób, aby główka płodu oparta o jakąkolwiek podstawę była ku tyłowi przegięta a szyjka wyciągnięta; prawa ręka obejmuje z przodu klatkę piersiową płodu. Jeżeli teraz uciśniemy raz po razu prawą ręką klatkę piersiową dość silnie, to wywołamy wydech, przy czem pewna część śluzu wyjdzie z dróg oddechowych. Gdy następnie rękę prawą usuniemy i uwolnimy nagle klatkę piersiową z pod ucisku, następuje wdech, przy czem słyszeć można jak powietrze wchodzi przez szparę głośni. Powtarzając tę czynność, możemy naprzemian wywoływać wydechy i wdechy. Gdy się ma odpowiednią pomoc, dobrze jest polecić pomocnikowi trzymanie płodu za nóżki a w takim razie nietylko ręka prawa, ale obie równocześnie ręce operatora wywierają ucisk na klatkę piersiową płodu.

(Sprawozdawca *Przeglądu Lek.* użył w dwu przypadkach sposobu tego z dobrym skutkiem). *(Centralblatt f. Gynäkolog.* Nr. 10. 1894). *Dr. Kośmiński.*

Bakteryologia.

G. Gatti: **O wzmaganiu się bakteryobójczej siły krwi podczas zakażenia.**

Chcąc oznaczyć stopień bakteryobójczej siły krwi podczas zakażenia, brał autor pewne ilości krwi bezpośrednio przed zakażeniem i po zakażeniu. Po odwłóknieniu lub oddzieleniu surowicy dodawał tego samego gatunku bakteryj, jaki służył do zakażenia; następnie przygotowywał co pewien czas płytki agarowe i licząc powstałe na nich kolonie, oznaczał skalę bakteryobójczej własności krwi.

Próby robione z dwuziarnikami zapalenia płuc i z lasecznikami wąglikowemi wykazały, że własności te wzmagają się podczas zakażenia a zmniejszają się dopiero pod jego koniec. Ta siła bakteryobójcza objawia się przez obumieranie nie pewnej liczby użytych do doświadczeń mikrobów, lecz pewnej ich odsetki. *(Centralblatt f. Bakteriologie.* Tom XV. Nr. 12). *Dr. W. Orłowski.*

Bruschettini: **Doświadczenia nad odpornością przeciw grypie** *(influency).*

Na podstawie wielu doświadczeń dochodzi autor do wniosku, że można uodpornić króliki przeciw trującemu działaniu laseczników influency. W tym celu używał on około 40—60 cm. sz. przesączonych hodowli na krwi, które wstrzykiwał zwierzętom w ciągu 60 do 72 dni i uodpornił je w ten sposób tak dobrze, że znosiły bez szkody znacznie większe ilości jadowitych hodowli, niż zwierzęta używane do kontroli, które już od daleko mniejszych dawek padały w ciągu paru dni. Surowica krwi zwierząt uodpornionych posiada wyraźne odtruwające działanie, pomimo że brak jej własności bakteryobójczych. Niemniej jednak jest ona w stanie (wstrzyknięta podskórnie w ilości 3 cm. sz.) wyleczyć zwierzę, któremu na dwa dni przedtem wstrzyknięto do tchawicy jadowitą hodowlę laseczników influency i które w skutek tego podlegało najcięższym objawom tej choroby. *(Centralblatt f. Bakter.* Tom XV. Nr. 12).

Dr. W. Orłowski.

C. Brunner: **Dotychczasowe wyniki doświadczalnych badań nad sposobem działania jadu tężcowego na układ nerwowy.**

Praca ta opiera się na badaniach Autokratowa, Courmonta, Doyona, Buschkego i Oergela. Sprawdzając doświadczenia pierwszego, przecinał autor u ciepłokrwistych zwierząt tylne pęczki nerwowe przy wyjściu z rdzenia kręgowego i kiedy zwierzę przyszło do siebie, wstrzykiwał mu jad tężcowy. Podobnie jak w doświadczeniach przez autora poprzednio na nerwie trójdzielnym dokonanych, pojawiły się kurcze, jakkolwiek słabsze i nieco później, niż u zwierzęcia, użytego do kontroli. Podobne doświadczenie przerobił Bruner na żabie. Ponieważ jednak okres wylęgania u tego zwierzęcia bywa bardzo długi, zmuszony był autor wykonać operacyę dopiero z chwilą rozwinięcia się choroby. I w tym razie objawy nie znikły, tylko osłabły. Na zasadzie tego, sądzi autor, że jad tężcowy działa wprost na ośrodki w rdzeniu kręgowym i wprawia je w stan pobudliwości nieprawidłowej. Jeżeli teraz u takiej żaby podrażnimy centralny koniec odciętego pęczka, pojawią się ruchy; tym sposobem sam jad wzmaga pobudliwość rdzenia a powstanie ruchu, względnie kurczu wymaga czuciowego popędu do rdzenia, podobnie jak to już wykazał Hering dla strychniny.

Następnie przerobił autor doświadczenia Buschkego. Kurara znosi objawy tężyczki (tetanii), wycięcie natomiast mózgu pozostaje bez wpływu. Jeżeli zniszczymy dolną część rdzenia u takiej żaby, tylne kończyny wykazują lekkie kurcze, przednie nieco słabsze. Toksalbumina przeniesiona wprost na powierzchnię mózgu królika wcale nań nie działa. Wszystko więc przemawia za tem, że jad tężcowy działa bezpośrednio na rdzeń kręgowy.

W dalszym ciągu swej pracy dochodzi autor do przekonania, że doświadczenia podjęte w celu wykazania bezpośredniego, pobudzającego działania jadu tężcowego na zakończenia nerwów czuciowych, ani nie potwierdzają tego mniemania, ani mu nie przeczą. Jeżeli zetkniemy toksalbuminę z obwodowem zakończeniem przeciętego nerwu ruchowego, to on wcale na to nie oddziaływa. Wprawdzie w tych doświadczeniach przeszkadzała długość okresu wylęgania się tężca.

Przechodząc do prac Courmonta i Doyona, nie potwierdził autor wyników doświadczeń tych badaczy i nie mógł wywołać tężca u myszy po zastrzyknięciu im substancyi, którą podług wskazówek wymienionych badaczy otrzymał z mięśni zwierząt chorych na tężec i która miała wywołać tężec bez okresu wylęgania. Krew zwierząt chorych na tężec, wywoływała tę chorobę, jak to już wykazał Uschinski, po zwykłym okresie wylęgania. *(Centralblatt f. Bakt.* Tom XV. Nr. 12). *Dr. W. Orłowski.*

Schreier: **Przyczynek do etyologii i patogenozy zapalenia okostny zębowej.**

Pomimo, że ogólnie uważa się zapalenie okostny zębodołowej i miazgi zębowej za choroby pochodzenia zakaźnego, jednak dotychczas brakowało odpowiednich poszukiwań. W 20 przypadkach znalazł autor 8 razy czyste dwuziarniki zapalenia płuc, 7 razy dwuziarniki wraz z gronkowcem bia-

łym, 3 razy gronkowiec biały, raz gronkowiec złocisty i raz paciorkowiec ropotwórczy. Zwrócić należy uwagę, że dwuziarnik zapalenia płuc często znajduje się w jamie ustnej. Autor wątpi, czy prątek miazgi ropotwórczy Müllera i inne gatunki, znajdywane przez różnych autorów i dla zwierząt chorobotwórcze, są przyczyną zapalenia okostny i miazgi zębowej. (*Centralblatt f. Bakt.* Tom XV. Nr. 12).

Dr. W. Orłowski.

Zapiski terapeutyczne.

— L. Gigli: Nowe narzędzie do przecinania kości. Wiadomo, iż piłka łańcuszkowa, w roku 1784. przez Aitkena wynaleziona a przez Jeffreya do chirurgii wprowadzona, jest narzędziem skomplikowanem, kosztownem i nietrwałem. Jeżeli bowiem jest bardzo delikatna, rwie się łatwo, jeżeli zaś jest gruba, nie nadaje się do wielu operacyj. Dlatego wpadł autor na myśl, by do przepiłowania kości użyć drutu ze stósownemi zębami. Po wielu próbach i doświadczeniach na zwłokach, tudzież na chorych w klinikach prof. Mikulicza we Wrocławiu i prof. Baiardego we Florencyi, poparty przez znanego fabrykanta narzędzi chirurgicznych we Wrocławiu, Hartla, przekonał się, iż do piłki drucianej nadaje się najlepiej drut stalowy, którego zęby przedstawiają linię śrubową o kilku krokach zrobioną za pomocą stósownej maszyny, przez co wszystkie gwinty czyli dla piłki zęby są zupełnie jednakie. Drut ten na końcach swych wyżarzony i ztąd miękki kończy się w uszka służące do przyczepienia stósownych rękojeści, podobnie jak to jest w piłkach łańcuszkowych. Jeżeli drut złamie się blisko końca, można go uchwycić prostą rękojeścią metalową, zaopatrzoną w stósowne przykrętki.

Przy użyciu tej piłki drucianej baczyć należy, by w razie zaklinowania nie naciągać jej za mocno z obawy o pęknienie, nie zaginać pod kątem mniejszym od połowy prostego, osobliwie przed samem zakończeniem przepiłowania kości, tudzież nie polewać piłki podczas przerzynania a to dlatego, by piłka rozgrzana nie ochłódła nagle a niejednostajnie i przez to nie przerwała się.

Piłka druciana ma 0·65 milimetra w średnicy a do oprowadzenia jej na około kości wystarczy tępa i giętka igła, przytwierdzona nitką jedwabną lub drutem srebrnym do uszka.

Piłki te wyrabia firma Hermanna Haertla we Wrocławiu (Weidenstrasse 33) po 3 marki za tuzin a dla uniknienia podrabiania, wydaje je w osobnem, w znak własny firmy opatrzonem opakowaniu. (*Centralblatt für Chirurgie.* 5. Maja 1894).

— Wecker: O ograniczeniu używania wód do oczu. Na odbytym właśnie (od 7—9. Maja r. b.) kongresie oftalmologicznym francuskim zwrócił Wecker uwagę, że jakkolwiek dążeniem teraźniejszem terapii jest używać jak najwięcej metody przeciwgnilnej i stósować ile można leczenie wprost do narządu chorego, to dążenia te rzadko bardzo stósuje się do wód do oczu *(collyria)*, które gdyby nawet były najzupełniej aseptyczne i przechowane również całkiem aseptycznie, przez samo zetknięcie się z rzęsami, brzegami i załamkiem powiek, a zatem samemi miejscami zawierającemi mikroby, tracą swe przymioty aseptyczne.

Ten brak aseptyczności płynów wprowadzanych do worka spojówkowego nie bardzo wchodzi w rachubę, gdy warstwa przybłonka gałki ocznej i powierzchnia spojówki, są całe, nienadwerężone, lecz niewątpliwie staje się szkodliwym, gdy rozchodzi się o rany i owrzodzenia rogówki lub spojówki lub blizny przenikliwe *(cicatrice à migration)*, jak to n. p. bywa przy operacyi zaćmy. Dlatego też W. nie potępia tych, którzy po ekstrakcyi zaćmy wstrzymują się od wszelkiego zapuszczania płynów do oczu; postępuje tak samo po wycięciu tęczówki i nie może zgodzić się, by we wszystkich przypadkach ekstrakcyi zapuszczać co 2-gi lub 3-ci dzień atropinę aż do zupełnego wyleczenia.

Zdaniem Weckera najlepsze otrzymuje się skutki, jeżeli po ekstrakcyi zaćmy, ile możności, jak najaseptyczniejszem nie zapuszcza się nic do oczu. Zapuszczanie niezupełnie aseptycznych wód do oczu jest w zaćmach traumatycznych przyczyną opóźnienia się resorpcyi i wystąpienia objawów zapalnych.

Bardzo też trzeba ubolewać nad ogólnem używaniem w ranach i wrzodach rogówki takich nieczystych wód do oczu. Zdaniem Weckera nie ma w przeważnej liczbie owrzodzeń rogówki wcale żadnego ścisłego, wskazania dla wód ocznych, w których tylko tkwi niebezpieczeństwo zakażenia ran. Według niego antyseptyka i zasada leczenia wprost organu chorego nakazują w owrzodzeniach rogówki:

1) Desinfekcyonować jak najstaranniej powieki, osobliwie ich brzegi i rzęsy;

2) Wyskrobywać i skrapiać wrzody w celu usunienia wszelkich części zakażonych;

3) Wstrzykiwać pod spojówkę w sąsiedztwie części chorej kilka kropel rozczynu sublimatu 1:2000;

4) Używać dokładnie opaski uciskającej z wyłączeniem wszelkich wód do oczu.

W dyskusyi nad tym odczytem większa część obecnych oświadczyła się za zdaniami Weckera, przyznała atoli, iż W. idzie za daleko potępiając tak bardzo używanie wód do oczu, wód, które w wielu razach nie są więcej septyczne, niż naturalne płyny w oku, i które przez proste zagotowanie można znów uczynić aseptycznemi. Zresztą co innego dać wody do oczu do rąk pacyentów i osób ich otaczających a co innego dozwolić lekarzowi na ich użycie.

Wecker w odpowiedzi oświadczył, iż nie potępia całkowicie używania wód do oczu, że nie zrzeka się wcale n. p. ezeryny w przypadkach przedziurawienia rogówki a atropiny w zapaleniu tęczówki, lecz że pragnie jedynie ograniczenia ich użycia w praktyce. *(La médecine moderne.* 9. Maja 1894).

— Leczenie ostrego zapalenia migdałków. Idąc za Sciollą, który wykazał, że gwajakol użyty zewnętrznie i obniża temperaturę ogólnie i miejscowo znieczula (por. *Przegląd lekarski* z r. b. Nr. 6.), użył J. H. Raymond, asystent kliniki chorób dróg oddechowych w Chicago, gwajakolu w ostrem zapaleniu migdałków. W tym celu pęczkiem waty napojonej gwajakolem pomazuje całą powierzchnię zapalonego migdałka bacząc starannie, by nadmiar płynu nie dostał się do krtani. Pomazanie to sprawia dosyć mocne pieczenie, które jednak znieść łatwo tem bardziej, że zwykle nie trwa długo. R. przekonał się, że ani pomazanie migdałka poprzednio 10% rozczynem kokainy ani zmięszanie gwajakolu po równych częściach z olejkiem migdałowym nie są praktyczne i dlatego wrócił do czystego gwajakolu.

Skutek terapeutyczny pomazania migdałków zapalonych gwajakolem pokazuje się rychło w postaci ustąpienia naprzód bólów a potem gorączki i obrzmienia, tak, iż nieraz w kilkanaście minut po użyciu gwajakolu przełykanie staje się całkiem niebolesnem a po kilku godzinach i temperatura ciała jest prawidłową. Jedno lub dwa pomazania gwajakolem wystarczyły do zupełnego wyleczenia zapalenia migdałków, co najwięcej w 48 godzinach. Podanie Raymonda potwierdzają koledzy miejscowi.

— Patein i Désequelle: Przypadek otrucia po użyciu wewnętrznem salolu. Autorowie przypominając opisany przez Josiasa przypadek, w którym młoda chora po zażyciu naraz 3 gramów salolu, dostała rumienia podobnego, jak w płonicy (*erythema scarlatiniforme*) a mocz zabarwił się mocno brunatno i zawierał kwas salicylowy i fenol powstałe z rozkładu salolu, podali do wiadomości paryskiego towarzystwa terapeutycznego z własnej obserwacyi przypadek, dowodzący szczególnej względem salolu drażliwości, objawiającej się zboczeniem w zakresie czucia ogólnego i szczegółowego. Młody człowiek zażył z przyczyny ostrego zapalenia gardła z własnej ordynacyi koło 8 gramów salolu w czterech dawkach w przeciągu kilku godzin. W dwie lub trzy godziny po ostatniej dawce dostał bardzo mocnego ściskania w jamie ustnej i w gardle a około godziny 4. rano wstawszy z łóżka w celu oddania moczu dostał

nagle gwałtownych wymiotów a następnie gorączki, uczucia palenia w skórze, suchości języka. Plwociny były krwawe, przyszły zawroty głowy, znaczne obniżenie czucia skórnego a i czucie w jamie ustnej tak było upośledzone, że rzodkiewka robiła mu wrażenie kredy. Przypady te ustąpiły wkrótce. Badanie moczu, który nie był czarniawy, nie wykazało białka; jeszcze w trzy dni po zażyciu salolu można było wykryć w moczu fenol i kwas salicylurowy. Zboczenia w zakresie czucia w tym przypadku przypisują autorowie fenolanowi sodowemu, powstałemu z rozszczepienia się w ustroju salolu a wiadomo, jak kwas karbolowy czyli fenolowy upośledza czucie. (*Bulletin général de Thérapeut.* 8. Maja 1894).

— Niedowidzenie po zażyciu wewnętrznem jodoformu. Trzy takie przypadki opisali dotychczas: pierwszy w roku 1882. Hirschberg, drugi w r. 1886. Hutchinson a trzeci i dotychczas ostatni w r. 1893. Priestley Smith. Niedowidzenie to pochodzi z zapalenia nerwu wzrokowego poza gałką oczną i przerwy środkowej dla barw w polu widzenia. Przerwa ta utrzymywała się przez cztery tygodnie po intoksykacyi. Wzrok powrócił rychło po użyciu wewnętrznem żelaza i wstrzykiwaniach podskórnych strychniny. (*Journal de médecine de Bruxelles.* Nr. 15. 1894).

— Brasch: Porównanie rozmaitych sposobów leczenia błonicy. Autor, który w ciągu 13 lat miał sposobność widzenia i obserwowania znacznej liczby przypadków błonicy, dzieli je na trzy gromady. W pierwszej obejmującej lata 1880 do 1884 i 154 przypadków, leczył błonicę pomazywaniem gardła 5% roztworem kwasu karbolowego i wewnętrznem podawaniem mieszaniny z jednej części półtorachlorku żelaza (*ferrum sesquichloratum*) i 25 części gliceryny (co 2 godziny po łyżeczce od kawy). Śmiertelność wyniosła 31·16%.

W drugiej gromadzie, obejmującej lata 1885 do 1888 i 240 przypadków, chorzy płukali sobie gardła roztworem sublimatu 0·5‰ (czyli 1 na 2000). Dzieciom zaś małym i dorosłym z ciężką formą błonicy pomazywano gardło płynem sporządzonym podług przepisu:

58) Rp. *Thymoli* 0·50
Alcoholi
Glycerini $\widehat{aa}$ *50·00*
MDS. Zewnętrznie.

Prócz tego, jeżeli błony wrzekome nie oddzielały się łatwo, dostawali chorzy wewnętrznie pilokarpinę.

Śmiertelność przy tem leczeniu była 16·25%.

Nakoniec w ostatniej gromadzie z 92 przypadkami leczonymi w latach 1889 do 1893 podawał autor wewnętrznie sinek rtęci według przepisu:

59) Rp. *Mercurii cyanati centigrm.* *10*
Aquae destil. *250·00*
Syrupi simplicis *50·00*
Ttrae aconiti *1·00*
MDS. Zażywać po łyżeczce od kawy lub deseru stósownie do wieku chorego.

Lek ten w miarę ciężkości przypadku otrzymują chorzy co 1/2 godziny, co godzinę lub co 2 godziny w dzień i w nocy. Rozumie się samo przez się, że do zadawania tego leku nie można używać łyżek metalowych, lecz tylko szklanych lub porcelanowych.

Po każdem zażyciu winien chory przynajmniej przez kwadrans wstrzymać się od wszelkiego jedzenia i picia a to dlatego, by lek zażyty stykał się dłużej z błoną śluzową ust i gardła.

Po dwóch lub trzech dniach tego leczenia występuje często rozwolnienie, jako lekki objaw rtęcicy a wtedy lek ów zadaje się rzadziej n. p. co 3 lub 4 godziny lub dodaje do niego także kilka kropel nastoju makowca (*tra laudani*).

U dorosłych i u dużych dzieci, zapisuje B. nadto płukania gardła płynem:

60) Rp. *Mercurii sublimati* *0·10*
Natrii chlorati *2·00*
Aquae destil. *250·00*
MDS. Płukanie gardła.

Przeciwko gorączce występuje B. z salicylanem sodowym lub antypiryną dodając do nich niekiedy, osobliwie jeśli błony wrzekome źle się oddzielają, wodochlorek pilokarpiny (*pilocarpinum muriaticum*) w dawce od 1 do 5 miligramów raz lub dwa razy dziennie.

Takie leczenie błonicy przetworem rtęciowym, okazało się najskuteczniejsze, gdyż śmiertelność przy niem wyniosła tylko 10·87%.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 17. Maja 1894 r.

— N. Pan mianował Dra Antoniego Rosnera, profesora nadzwyczajnego nauki o chorobach skórnych i wenerycznych w Uniw. Jagiell. profesorem zwyczajnym.

— Dnia 16. b. m. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem przewodniczący, kol. Kwaśnicki przedstawił propozycyę Towarzystwa lekarzy galicyjskich w sprawie wybrania członka do Komitetu sędziów na tegorocznej wystawie lwowskiej. Zgodnie z wnioskiem Komitetu Towarzystwa krakowskiego wybrany został Dr. Władysław Bylicki ze Lwowa. Kol. Ponikło przedstawił następujący wniosek: **Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwala wyrazić prof. Cybulskiemu uznanie za kierowanie Komitetem polskim na Zjeździe międzynarodowym w Rzymie i poleca zamieścić to w protokole posiedzenia.** Wniosek ten przyjęto jednomyślnie. Kol. Kryński okazał preparat raka jelita cienkiego z chorego w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera; w przypadku tym wykonano resekcyę części jelita wraz z guzem; w dyskusyi zabierali głos kol. prof. Obaliński i prelegent. Kol. Zoll okazał przyrząd wojenny Hessinga, służący do ustalania na placu boju zranionych kończyn i objaśnił jego użycie. W dyskusyi brali udział kol. prof. Rydygier, prof. Obaliński, Kryński, Rościszewski i prelegent. Kol. prof. Obaliński pokazał maskę Wanschera do narkozy eterowej i omówił obszernie ten sposób usypiania znów coraz bardziej wchodzący w użycie. W dyskusyi przemawiali koll. prof. Rydygier, Wachholz, Sroczyński i prelegent.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego dnia 15. b. m. dokonał prezes, prof. Baranowski uroczystego odsłonięcia portretu sekretarza stałego Towarzystwa, b. dziekana Wydziału lekarskiego prof. Włodzimierza Brodowskiego. Portret ten wykonany przez utalentowanego malarza Badowskiego, postanowiło Towarzystwo lek. warsz. zawiesić w sali obrad, dla uczczenia zasług Szanownego Jubilata z powodu 70-tej rocznicy jego urodzin.

— Otrzymujemy następujące pismo:

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca 1894 r.

Na dwóch posiedzeniach sekcyi higieny i medycyny sądowej stwierdzono potrzebę wzbudzenia interesu dla higieny i higienicznych urządzeń w szerszych kołach społeczeństwa naszego, nietylko przez powołanie kolegów higienę uprawiających, aby przy ich pomocy na podstawie dobranych tematów i dyskusyj nad niemi przyczynić się do wyjaśnienia spraw, publiczne zdrowie obchodzących, ale też i przez zaproszenie do współudziału czynnego w pracy zakreślonej niemniej mężów nielekarzy, o których wiadomo, że czy to z zamiłowania, czy z zawodu swojego na pewnem polu z higieną mają do czynienia — a wreszcie postanowiono zaprosić do udziału w naszych pracach przez wysłanie delegatów Magistraty większych miast naszego kraju, tudzież te instytucye i stowarzyszenia, których cele mają pewną styczność z rozległą dziedziną higieny.

Zgodzono się, iż działanie sekcyi higienicznej i medycyny sądowej winno obejmować kwestye z zakresu całej higieny, policyi lekarskiej, statystyki lekarskiej a wreszcie medycyny sądowej.

Stósownie do wymienionych działów, uchwalono następujące zagadnienia i temata, jako nadające się do referowania na Zjeździe:

Etyologia chorób zakaźnych.

1) Obecny stan nauki o etyologii chorób zakaźnych.

2) Etyologiczne i profilaktyczne doświadczenia o cholerze w ostatnich dwóch latach w naszym kraju. Objął Dr. Krokiewicz, prosektor szpitala krajowego we Lwowie.

Profilaktyka chorób nagminnych.

3) Zapobieganie szerzeniu się kiły w kraju.

4) Jakie zarządzenia sanitarno-policyjne są dla zapobiegania i tłumienia cholery niezbędne?

5) Czy i w jaki sposób istnieje niebezpieczeństwo rozwlekania chorób zakaźnych przez wolny a niedozorowany handel szmatami i starą odzieżą i w danym razie przedstawić zarządzenia zaradcze?

Higiena wieku dziecięcego.

6) Rozpostarcie opieki nad niemowlętami i podrzutkami. Objął Dr. Merczyński, dyrektor szpitala św. Zofii we Lwowie.

Higiena szkolna.

7) Rozpostarcie opieki higienicznej nad młodzieżą szkolną.

8) Jak mają być zbudowane ławki szkolne, aby odpowiadały nietylko ogólnej higienie, ale w szczególności higienie wzroku, jako *prophylacticum* przeciwko wzmaganiu się myopii. Objął Dr. Szpilman, profesor szkoły Weterynaryi we Lwowie.

9) O ile jest szkodliwem pismo ukośne dla prawidłowego rozwoju dziecka w przeciwieństwie do pisma prostopadłego?

10) Higiena szkół publicznych na podstawie czynnego dozoru lekarskiego, zmierzającego przedewszystkiem do przeszkodzenia rozszerzaniu się chorób zakaźnych.

11) Czy istnieje potrzeba udzielania elementarnych zasad higieny w szkołach ludowych i rzemieślniczych i w jakich granicach wskazać się mających przez podanie szkicu nauki? Objął Dr. Pawlikowski, fizyk miasta Lwowa.

Higiena robotników.

12) Czy istniejące przepisy są wystarczające dla zabezpieczenia zdrowia i życia robotników, pracujących przy wznoszeniu budowli?

Higiena artykułów żywienia i napojów.

13) Masło margarynowe porównać co do użyteczności z masłem zwykłem i wykazać tudzież ocenić inne, podobne surogaty?

14) Jakie są sposoby zapobiegania rozszerzaniu fałszowanych artykułów żywności i napojów?

15) Roztrząśnienie projektu do ustawy o fałszowaniu pokarmów i napojów. Objął Dr. Obtułowicz, c. k. lekarz powiatowy we Lwowie.

Higiena miast.

16) Kąpiele ludowe według systemu Dra Lassara, jako przedsiębiorstwo.

17) Jaki jest najtańszy i najskuteczniejszy sposób usuwania śmieci z miast?

18) O nowych urządzeniach rzeźni i targowic wiktuałów, ze stanowiska higienicznego i weterynaryjno-policyjnego. Objął Dr. Szpilman, u. s.

19) Ocenić na podstawie najnowszych badań higieniczne własności wody i wykazać użyteczność różnych filtrów do wody do picia? (Wykład z demonstracyą).

20) Towarzystwo celem budowy tanich pomieszkań i jakie wyniki dotychczas osiągnięto przez przedsiębiorstwa obliczone na zysk?

21) Jaki jest najlepszy i najtańszy sposób niszczenia opatrunków i słomy szpitalnej?

22) Wykazać związek przyczynowy zaopatrywania miast w wodę z pojawianiem się i rozszerzaniem chorób zakaźnych i wysnuć praktyczne rady i wnioski.

23) Jaki jest najodpowiedniejszy w naszym klimacie sposób usuwania odchodów ludzkich z uwzględnieniem czystości wód bieżących. Objął Dr. Opolski, prym. sz. kr. we Lwowie.

Higiena komunikacyi.

24) Znaczenie higieniczne taniej i łatwej komunikacyi w miastach.

Higiena publiczna.

25) Jak najskuteczniej zapobiegać pijaństwu w kraju?

26) System kolonizacyi obok istniejących w kraju zakładów obłąkanych?

27) Z uwagi, że w wielu miejscowościach kraju świerzb u ludzi stale się zagnieżdża i całą ludność jednej miejscowości obejmuje, jakie należy poczynić środki zaradcze wobec tego, że leczenie świerzbowatych w szpitalach nie okazuje się wystarczającem?

28) Wpływ na zdrowie zajęć rozmaitych zawodów umysłowych u kobiet.

Medycyna sądowa.

29) O znaczeniu gonokoków Neusserowskich pod względem sądowo-lekarskim. Objął Dr. Obtułowicz, u. s.

— Dermatologowie angielscy utworzyli nowe stowarzyszenie pod nazwą Towarzystwa dermatologicznego Wielkiej Brytanii i Irlandyi. Prezesem wybrany Pye Smith; wiceprezesami zostali Mac Call Anderson, Hughlings Jackson, Robert Liveing i Samuel Wilks.

— W roku zeszłym założyła Pani Emilia Burzyńska, wdowa po profesorze Uniw. Jagiell., w Krynicy zakład, w którym chorzy prócz należytej opieki lekarskiej i towarzyskiej, znaleźli wszelkie wygody i rozrywki a przedewszystkiem kuchnię higieniczną. Uznanie, jakiem zakład ten cieszył się w roku ubiegłym, jest przyczyną, iż Pani Burzyńska i w roku bieżącym utrzymywać go będzie i dlatego polecamy go uwadze Szanownych kolegów odsyłając Ich zresztą do właściwego ogłoszenia w niniejszem piśmie.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Bazyli Krwawicz, weterynarz powiatowy w Kołomyi w 47. roku życia. — Dr. Jakób Glasgall, lekarz pomocniczy szpitala w Brodach, na dur osutkowy w 34. roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 26. Maja 1894 r. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

I. Z zakładów sądowo-lekarskiego i fizyologicznego w c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

Zdawałoby się, że otrucia kwasami żrącymi, do których należy zaliczyć i karbol, są już do tego stopnia znane pod względem zmian anatomicznych, które zazwyczaj sprawiają, iż nowe badania, w tym względzie podjęte, będą w stanie tylko powtórzyć i potwierdzić dawniej już poznane zjawiska i zmiany.

Wprawdzie wiadomo od dawna, że kwasy żrące w ogóle, w szczególności zaś kwas karbolowy wywołują bardzo często w narządach oddechowych pewne zmiany anatomiczne, jak ostry nieżyt oskrzeli, tchawicy, krtani a nawet sprawy zapalne w miąższu płucnym; tłómaczenie atoli powstania tych zmian, jak to okaże się w ciągu dalszym tej pracy, było błędnem. Pierwszy Langerhans zwraca swą uwagę pod tym względem i gdy w pierwszem swem doniesieniu [1]) nader ogólnie wyraża przypuszczenie, to już w doniesieniu drugiem oświadcza wyraźnie i kilka razy, że nieżyt oskrzelowy w otruciu karbolem może być następstwem odległego działania karbolu na błonę śluzową przewodów oddechowych. Powiada też w dalszym ciągu, że skłania się do przypuszczenia, że podobnie jak nieżyt oskrzeli tak i zmiany pospolite w krtani po otruciu karbolem powstają dopiero po jego wessaniu; zastrzega się jednak, iż zapatrywanie się jego jest tylko przypuszczeniem, które, w razie gdyby się stwierdziło, wykazałoby analogię ze zmianą znajdywaną w jelitach, zwłaszcza grubem, w otruciu przetworami rtęci, tak zwaną *colitis diphtheritica mercurialis*. Znane jest powstanie zmian tych

[1]) Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 12. i 48. 1893.

w jelicie grubem, n. p. po otruciu sublimatem od czasu, gdy Falkenberg, Marchand, równie jak Ludwig i Zillner [1]) wykazali chemicznie obecność w ścianach jelita białkanu rtęci, który powstaje przy wydzielaniu się rtęci z ustroju przez ścianę jelit.

Langerhans przypuszcza przeto, że może i karbol wessany do ustroju wydziela się drogami oddechowemi i w nich wtedy wywołuje zmiany. Do tej chwili wydawało się rzeczą pewną, że zmiany spostrzegane w narządzie oddechowym po karbolu są wynikiem aspiracyi bądź zażytego karbolu, bądź wymiocin już zawierających karbol.

Do wypowiedzenia powyższego przypuszczenia skłoniły Langerhansa zmiany dostrzeżone w dolnych częściach tchawicy, oskrzelach i płucach w trzech opisanych przezeń przypadkach śmiertelnego otrucia karbolem obok bardzo nieznacznych zmian w górnej części krtani.

Gdy w ubiegłem półroczu zimowem miałem sposobność sekcyonować dwie osoby zmarłe wskutek otrucia kwasem karbolowym, u których znalazły się zmiany podobne jak w przypadkach Langerhansa, przeto uważam za stosowne podać na tem miejscu ich opis a nadto wyniki doświadczeń swych, które przedsięwziąłem na zwierzętach celem wyjaśnienia powstania zmian przerzeczonych.

P r z y p a d e k I. J., mężczyzna, liczący 50 lat życia, służący pewnej restauracyi, otruł się 23. Listopada 1893 r. kwasem karbolowym. Natychmiast wystąpił ślinotok; odurzonego samobójcę odwieziono do szpitala, w którym mimo przepłukania żołądka i zadania odtrutki, zmarł nazajutrz w śpiączce. Bliższych wyjaśnień co do ilości i zgęszczenia użytego rozczynu kwasu karbolowego, jako też co do czasu, w którym samobójca targnął się na swoje życie, nie zdołałem zasięgnąć.

Wykonana w dniu 25. Listopada z. r. sekcya wykazała:

Z e w n ę t r z n i e: Zwłoki mężczyzny prawidłowej budowy, miernego odżywienia, długie na 167 cm. Powłoki ciała blade, około kostek obrzęk surowiczy. Plamy pośmiertne nie-

[1]) Lehrbuch der gerichtlichen Medicin von Hofmann. Wien und Leipzig. 1893.

liczne, mało wyraźne po bokach klatki piersiowej; stężenie pośmiertne utrzymane we wszystkich kończynach. Na ciele znajdują się następujące zmiany: powłoki skórne czaszki w wielu miejscach, zwłaszcza na szczycie głowy zniszczone, jakby zeżarte tak, iż tutaj wystercza kość obnażona; podobne ubytki skóry o brzegach zatokowatych, nierównych, spotyka się w okolicy kości skroniowej prawej, kości czołowej po stronie prawej, na mostku w połowie jego trzonu. Ten ostatni ubytek wypełnia się ropą za uciskiem na brzegi. Na szczycie barku lewego siniak wielkości dłoni dziecka, który w środku swym prześwieca żółto; za nacięciem dobywa się ztąd ropa w obfitej ilości.

Naturalne ujścia jam ciała, nie zawierają obcych ciał, około ust nie ma śladów oparzenia żadnym przetworem żrącym.

Wewnętrznie: Sklepienie czaszki okazuje rozległe zniszczenia powierzchowne, zwłaszcza na kościach ciemieniowych; w linii środkowej znajduje się w miejscu ich połączenia zupełny ubytek na 2 cm. długi; brzegi ubytku są jakby wygryzione i ścieńczałe. Tylna część kości ciemieniowych, jak również i prawa połowa kości czołowej pozbawiona w wielu miejscach blaszki zewnętrznej; zatoka czołowa otwarta. Opona twarda blada, w miejscach ubytków kostnych ściśle z kością połączona, zatoki żylne prawie próżne; opony miękkie blade, wzdłuż zatoki sierpowatej zgrubiałe, pod niemi spora ilość surowiczego płynu; zwoje mózgowe spłaszczone, mózg ciastowaty, komórki jego boczne rozszerzone, jasnym jak woda płynem wypełnione; zresztą prócz niedokrewności nie okazuje mózg, równie jak i naczynia u jego podstawy żadnych zboczeń. Podstawa czaszki nie uszkodzona. Prawa błona bębenkowa zniszczona, z jamy bębenkowej dobywa się płyn ropny; w kości licowej prawej otwór, przez który wchodzi zgłębnik na 3 cm. w kość; skóra nad tym ubytkiem okazuje owrzodzenie z nieco podminowanymi brzegami. Mięśnie tułowia i kończyn wiotkie, blade, jakby zanikające. Przepona sięga po stronie prawej do dolnego brzegu 6., po lewej 4. żebra. Z jamy brzusznej wylewa się obficie ciecz jasna jak woda. Krtań i tchawica tak z przodu jak i z tyłu otwarte, próżne; błona śluzowa tak ich jak i wielkich oskrzeli nastrzykana, rozpulchniona, gęstym śluzem powleczona. Płuco prawe, wiotkimi zrostami do klatki piersiowej przyczepione, wszędzie zawiera powietrze, wiotkie, na przekroju w krew ubogie, zresztą bez zmian. Płuco lewe wolne, w przednich częściach zawiera powietrze, nieco poduszkowato przy brzegach rozdęte, na przekroju blade, suche, w płacie dolnym i to w części tylnej dość zbite, zawiera mało powietrza, w krew więcej obfite, zalewa się cieczą mętną za uciskiem; z przeciętych oskrzeli dobywa się śluz dość gęsty i szklisty. Serce rozmiarów prawidłowych; obie komórki próżne, zastawki żylne i tętnicze, jak również i nitki ścięgniste bez zmian. Mięsień sercowy wiotki, kruchy, barwy gliniastej. Błona wewnętrzna tętnicy głównej miejscami nierówna, zasiana kępkami wyniosłemi, dość twardemi. Wątroba o powierzchni w wielu kierunkach bliznowato pozaciąganej, na przekroju zbita, twarda, (chrzęści za przekrawaniem). Obie nerki okazują stłuszczenie przybłonków cewek. Śledziona dość znacznie powiększona, w krew miernie obfita, na przekroju dość plastyczna. Język, gardło i przełyk okazują przyćmienie przybłonka. Żołądek zawiera sporą ilość płynu woni słabej, ale wyraźnie przypominającej woń karbolu. Błona śluzowa żołądka bardzo rozpulchniona, tu i owdzie okazuje wynaczynionki, szczególniej koło wpustu, ćma, jakby gotowana. Jelita cienkie i grube skurczone, bez zmian.

Pęcherz moczowy zawiera około 50 grm. moczu jasnego, mętnego, zresztą bez zmian. Kości tułowia i kończyn nie uszkodzone.

Rozpoznanie anatomiczne: *Ulcera ad cutem capitis et faciei et caries ossium capitis luetica. Oedema cerebri. Laryngo-tracheobronchitis catarrhalis acuta ss. bronchopneumonia lobi infer. pulm. sin. Adhaesiones pleuriticae dextrae. Fragmentatio musculi cordis. Cirrhosis hepatis. Degener. adiposa renum, tumor lienis chron. Pharyngitis, oesophagitis et gastritis acuta. Ascites. Anasarca.*

Treść żołądkową poddano destylacyi a w płynie przedestylowanym wykazano kwas karbolowy.

Na podstawie wywiadów, wyniku sekcyi i rozbioru chemicznego wydano orzeczenie tej treści: Denat zmarł z otrucia kwasem karbolowym. Charłactwo na tle rozległych zmian kiłowych u zmarłego, było prawdopodobnie przyczyną samobójstwa.

Roztrząsając powyższy przypadek, pomijam zmiany uboczne, nie będące w związku z otruciem. Do rozpoznania otrucia kwasem karbolowym wyłącznie tylko na zasadzie obrazu anatomicznego nie było w danym przypadku dostatecznej podstawy. Zmiany bowiem, jakie przedstawiał przewód pokarmowy, mogły być następstwem działania bardzo wielu czynników. W piśmiennictwie znajduje się nader często opisy przypadków, w których przewód pokarmowy nie okazywał zmian cechujących otrucie karbolem bądź dlatego, iż karbol bardzo prędko opuścił ustrój przez wymioty lub, jak w naszym przypadku, za pomocą pompy żołądkowej, bądź dlatego, iż go zażyto w znacznem roztworzeniu. To też zmiany w tych przypadkach w przewodzie pokarmowym nie przedstawiają się pod obrazem głębszej nekrozy koagulacyjnej, lecz ostrego nieżytu z miąższowem zwyrodnieniem gruczołów. Zmianom tym, stósunkowo nieznacznym, odpowiadają także objawy u otrutych, wracających do zdrowia, którzy nie skarżą się zwykle na żadne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego.

Zastanowienie się nad zmianami, spostrzeżonemi w narządzie oddechowym, odkładam celem uniknięcia niepotrzebnego powtarzania się do epikryzy następnego przypadku, który wkrótce po pierwszym miałem sposobność sekcyonować w zakładzie sądowo-lekarskim.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy małej.

Podał
Dr. F. Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

W dniu 18. Lipca 1893. r. przyjęto do oddziału położniczego osobę ciężarną P. B. lat 28 liczącą, grec.-katol., zamężną.

Wywiady: Rodziła cztery razy; pierwsze dwa razy sama, bez pomocy dzieci żywe, trzeci i czwarty raz rozwiązano rodzącą zapomocą kleszczy. Trzecie dziecko wydobyte żywe umarło w kilka dni; czwarte wydobyto nieżywe.

Z powodu guza miednicy była dwa razy operowaną; raz przed $2^1/_2$ laty podczas ciąży trzeciej, poczem ciąża nie została przerwaną, drugi raz przed rokiem po czwartym porodzie.

Ostatnia regularność z końcem Października 1892. r. pierwsze ruchy płodu poczuła z końcem Marca 1893.

Od roku skarży się na dość znaczne bóle w głębi miednicy po stronie prawej; od kilku miesięcy bóle te rozpromieniają się w kończynę dolną prawą, skutkiem czego długo chodzić nie może.

Badanie wykazało: osoba dość dobrze zbudowana i odżywiona, ciepłota ciała prawidłowa, tętno spokojne.

W sutkach niewielkich a obwisłych wyraźne objawy powiększenia się czynności. Narządy oddechowy i krążenia bez znaczniejszych zmian; narząd pokarmowy oprócz niedowładu jelit zboczeń nie okazuje.

Brzuch wypuklony więcej wzdłuż, niż wszerz, linia środkowa ciemniej zabarwiona, na skórze liczne blizny poporodowe, powłoki brzuszne jędrne. Wypuklenie to brzucha pochodzi od guza wychodzącego z miednicy małej, który rozszerza się zaraz po wyjściu na boki i sięga dnem na trzy palce poniżej wyrostka mieczykowatego, a odpowiadającego powiększonej macicy. Odległość od spojenia łonowego do pępka wynosi 21 cm., do dna guza 37 cm.

Na wardze większej prawej i w przegubie udowo-sromnym prawym znajdują się blizny pooperacyjne, przebiegające wzdłuż wargi. Warga większa prawa w dolnej części wysklepiona przez guz wielkości orzecha włoskiego, twardy, niebolesny; nad guzem tym skóra daje się przesuwać. W okolicy przegubu udowo-sromnego prawego czuć daje się pod skórą naciek płaski, twardy, nieruchomy, postaci trójkątnej, podstawą ku wardze prawej zwrócony. Przegub udowo-sromny lewy ma prawidłową wklęsłość; warga lewa zmian nie okazuje.

Szpara sromna miernie szeroka, nieco ukośnie ku stronie lewej przesunięta, również jak i przedsionek; ujście cewki trójkątne. Ściana prawa przedsionka wypuklona przez dwa guzy, z których górny odpowiada naciekowi, dającemu wymacać się w okolicy przegubu udowo-sromnego, drugi zaś guzowi wypuklającemu dolną część wargi prawej. Oba te guzy zlewają się w jeden, wypuklający w dalszym ciągu pochwę od strony prawej. Guz ten palcem do pochwy wprowadzonym daje się dokładnie ograniczyć, jest wielkości pięści kilkoletniego dziecka, twardy, niebolesny, u podstawy nieruchomy, wydający się dość ściśle z kością zrosły. Część jego jednak do jamy miednicy stercząca i wypuklająca pochwę okazywała mierną ruchomość tak, że wydawało się, jakoby była zrazem oddzielnym guza.

Pochwa rozpulchniona; część pochwowa w osi miednicy, ujściem zewnętrznem szparowatem więcej ku tyłowi zwrócona. Przez ujście daje się wprowadzić palec do szyi, która zwęża się ku górze; przez sklepienie przednie czuć dobrze główkę płodu wysoko ustawioną. Wymiary miednicy kostnej prawidłowe. Odległość między guzem a gałęzią wstępującą kości siedzeniowej wynosi około $4^1/_2$ do 5 cm. Ruchy kończyną dolną prawą w stawie biodrowym cokolwiek upośledzone i bolesne.

Rozpoznanie: Ciąża piąta, koniec ciąży. Położenie płodu główkowe nieustalone, postawa druga, płód żyje. Ścieśnienie miednicy bardzo znacznego stopnia we wychodzie, z powodu guza zrazowatego, wychodzącego prawdopodobnie z kości miednicy (*ramus ascendens ossis ischii*), którego przyrodę określono jako *fibro-sarcoma.*

W dniu 1. Sierpnia rano pierwsze bóle. Wypróżniono odbytnicę kilkoma lawatywami i podano rodzącej kąpiel oczyszczającą. W obec tak znacznego ścieśnienia wychodu miednicy o przejściu płodu donoszonego mowy nie było; dlatego pozostawało albo starać się guz usunąć, albo wykonać cięcie cesarskie. Do narady lekarskiej wezwano prof. Dra Marsa, który przybył na nią z całą gotowością. Wobec okoliczności, że guz powyż opisany i pochwę wypuklający wydawał się jakoby zraz ogólnego guza, nasuwała się myśl, czy zraz ten nie dałby się wyłuszczyć a tem samem, czyby się nie dało uzyskać takiej przynajmniej drożności przewodu miednicy, aby poród mógł odbyć się drogą naturalną, przez co uniknęłoby się cięcia cesarskiego. Do zabiegu tego zachęcała i ta okoliczność, że guz ten już dwukrotnie był częściowo wyłuszczany. To też po przygotowaniu chorej, narzędzi i asystencyi do cięcia cesarskiego postanowiono próbować odłuszczyć na tępo ów zraz guza, który zwężał przewód rodny. Po ogoleniu zatem i obmyciu sromu, przestrzykano pochwę $2^0/_0$ rozczynem kreoliny, poczem w uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu chorej na grzbiet z mocno zgiętemi udami, poprowadzono cięcie wzdłuż i nieco na zewnątrz wargi większej prawej przez całą grubość skóry aż do guza. Następnie palcami i nożyczkami na tępo odłuszczono około połowę guza; doszedłszy jednak do podstawy przekonano się, że guz ten zagina się ku kości, z którą jest ściśle złączony, jak niemniej, że ruchomość powyż opisana była złudną, gdyż guz ten w jednym kierunku wybujały był niejako jakby na szypule a przez swoją elastyczność wydawał się ruchomym.

Wobec tego zespojono ranę skórną kilkoma szwami węzełkowymi, wsunąwszy poprzód pasek gazy jodoformowej i wyprowadziwszy go przez dolną część rany niezeszytą, a następnie wytamponowano pochwę gazą jodoformową, by przez ucisk utamować dość znaczny krwotok. Po odpowiedniem ułożeniu rodzącej przystąpiono więc do wykonania cięcia cesarskiego, przy łaskawej pomocy prof. Dra Marsa.

Ujście zewnętrzne rozwarte mniej więcej na koronę. Powłoki brzuszne obmyto jeszcze raz mydłem, eterem i $1^0/_{00}$ rozczynem sublimatu.

Cięcie skórne w linii środkowej pod pępkiem i nad nim na długość około 24 cm.; naczynia broczące podwiązano, macicę wytoczono na zewnątrz a następnie zespojono górną część rany szwami tymczasowymi. Na szyję macicy założono ligaturę elastyczną, poczem poprowadziłem cięcie w linii środkowej macicy a natrafiwszy na znajdujące na przedniej ścianie macicy łożysko (*placenta praevia caesarea)* szybko oddzieliłem je z lewej strony, przebiłem pęcherz płodowy, uchwyciłem za nóżki i wydobyłem płód żywy, który zaraz począł krzyczeć.

Równocześnie jeden z asystujących zacisnął silnie ligaturę na szyi macicy. Krwotok mały. Następnie wydobyłem łożysko wraz z błonami a oczyściwszy starannie wnętrze macicy pęczkami waty, zamaczanymi w $5^0/_0$ rozczynie kwasu karbolowego, zeszyłem dokładnie szwem kuśnierskim jedwabnym najpierw warstwę mięsną macicy bez skaleczenia wewnętrznej powierzchni macicy a następnie po nad nim założyłem drugi szew kuśnierski jedwabny, zabierając otrzewnę macicy. Zimnymi kompresami antyseptycznymi natarto następnie macicę i wstrzyknięto podskórnie ergotynę Bombelona, poczem usunięto ligaturę elastyczną ze szyi macicy. Krwawienie bardzo małe po wywołaniu skurczu macicy ustało zupełnie. Usunięcie szwów tymczasowych spajających powłoki brzuszne, zapuszczenie dobrze skurczonej macicy do jamy brzusznej, szew kuśnierski katgutowy otrzewnowy, zresztą szwy skórne węzełkowe; opatrunek lekko uciskający.

Po przebudzeniu się z narkozy wymiotowała chora kilka razy, skarżyła się na ból w dołku podsercowym i ciągłe nudności. Podano lód w kawałkach do połykania. Wieczorem ciepłota 38^0, tętno 120, dobre. Odchody krwawe, obfite.

Wydobyty płód donoszony, płci żeńskiej ważył 3550 gramów i miał długość 51 cm. Obwód główki wynosił 35 cm., wymiar czołowo-potyliczny 12 cm., wymiar ciemieniowy $9^1/_2$ cm., wymiar skroniowy $8^1/_4$ cm., wymiar ukośny duży $13^1/_2$ cm., wymiar ukośny mały $10^1/_2$ cm. Szerokość w barkach $12^1/_2$ cm. Dziecko krzyczy głośno i ssie chciwie.

Dnia 2. Sierpnia rano ciepłota 37·1, tętno 100. Okolica żołądka wzdęta, nieco bolesna. Wymioty przez dzień kilka razy. Polecono dalej kawałki lodu i kokainę. Odchody połogowe dość obfite. Wieczorem ciepłota 37·5, tętno 106.

3. Sierpnia rano ciepłota 37, tętno 96. Wymiotów nie ma; okolica żołądka wzdęta. Chora niespokojna skarży się na znaczne bóle w brzuchu; wstrzyknięto podskórnie 0·01 morfiny w południe i wieczorem. Od czasu operacyi stolca ani wiatrów nie oddawała. Wieczorem ciepłota 37·2; tętno dobre 100.

4. Sierpnia rano ciepłota 36·8, tętno 96. W nocy sen dobry. Okolica żołądka jeszcze wzdęta; język wilgotny, czysty, przelewanie się treści w jelitach połączone z bólami; podano trzy razy dnia po 15 kropel nastoju makowcowego. Chora zresztą ma się dobrze; przyjmuje pokarmy płynne, bulion, rosół, herbatę i wino. Odchody połogowe dość obfite, różowe. Wieczorem ciepłota 37·4, tętno 104.

5. Sierpnia rano 38, tętno 112. W nocy odeszło nieco wiatrów. Okolica żołądka mniej wzdęta, brzuch niebolesny, język wilgotny, stan ogólny dobry. Pokarmy płynne przyjmuje chętnie. Wieczorem ciepłota 38·5, tętno 120.

6. Sierpnia rano ciepłota 37·4, tętno 100. W nocy pierwszy stolec po operacyi z wiatrami bez bólów. Okolica żołądka nie jest wzdęta; brzuch nigdzie nie bolesny. Zmieniono pasek gazy wsunięty w ranę wzdłuż wargi prawej. Wieczorem 38, tętno 108.

7. Sierpnia rano ciepłota 37·6, tętno 96. Po wysokiej lawatywie dwa stolce obfite. Apetyt dobry. Odchody połogowe blado-różowe. Wieczorem 38·1, tętno 112.

8. Sierpnia rano ciepłota 37·2, tętno 92. Zmieniono opatrunek; rana cała zgojona przez rychłozrost. Podano olejek rącznikowy; kilka obfitych stolców bez bólów. Stan ogólny bardzo dobry. Wieczorem ciepłota 37·7, tętno 104.

9. Sierpnia ciepłota 37, tętno 92. Chora przyjmuje chętnie łatwo strawne pokarmy stałe. Odchody połogowe skąpe.

11. Sierpnia ciepłota 37, tętno 86. Wyjęto szwy z rany wzdłuż wargi prawej, rana ta zgojona *per primam*; zmieniono gazę. Stan ogólny bardzo dobry.

13. Sierpnia ciepłota 36·8, tętno 80.

15. Sierpnia ciepłota 36·6, tętno 78. Zmiana opatrunku; wyjęto wszystkie szwy głębokie i powierzchowne, rana w całości zupełnie zgojona. Macica sięga wysoko, bo na 5 palców powyżej spojenia łonowego i wydaje się przyrosłą do przedniej ściany jamy brzusznej. Rana obok wargi prawej również zgojona; wybujałe nieco granulacye w dolnej części rany przypalono kamieniem piekielnym.

18. Sierpnia ciepłota nie podwyższona, tętno spokojne, apetyt dobry; chora siada na łóżku.

27. Sierpnia wstała z łóżka.

28. Września 1893 r. jako wyleczona udaje się do domu.

Przypadek powyższy opisuję nie tyle dla wzbogacenia statystyki cięcia cesarskiego zachowawczego, jak raczej z powodu rzadkiego wskazania, z którego je wykonano.

Nowotwory bowiem miednicy nie będące w związku z częściami rodnemi nie są w ogóle częste; zmniejszające zaś znacznie wymiary miednicy stanowią do cięcia cesarskiego jedno z najrzadszych wskazań.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił
Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.
Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

2) Jaki udział przypada matce w sprawie przekazywania kiły potomstwu?

Już z góry wypadałoby przypuścić, iż kiła matki, podobnie jak inne zboczenia ustrojowe, powinna w ten lub inny sposób oddziaływać szkodliwie na zdrowie potomstwa; tembardziej zaś będąc chorobą zakaźną a więc wywołując swoiste zmiany w rozmaitych organach oraz we krwi chorej matki, musi kiła udzielać się też potomstwu; spodziewać się nadto można, że udział matki w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu powinien być nawet ważniejszym od wpływu ojca, już chociażby dlatego, że wpływ matki na dziecię trwa znacznie dłużej i stósunek płodu z matką w przeciągu dziewięciu miesięcy zawsze jest ścisły i bezpośredni; udział zaś ojca kończy się wraz z zapłodnieniem a więc trwa bardzo krótko, przez jednę chwilę zaledwie; później zaś płód nie pozostaje w żadnym bezpośrednim stósunku z ojcem, stan więc zdrowia ojca nie może nadal wpływać na ustrój płodu. Następnie matka nietylko w ciągu brzemienności, lecz i przez jakiś czas po przyjściu na świat dziecka, nie przestaje pozostawać z niem w bliższem zetknięciu, albowiem najczęściej karmi je swoją piersią.

Wszyscy też prawie, dawniejsi i tegocześni autorowie przyznają zgodnie, że kiłowa matka przekazuje swą chorobę potomstwu i że kiła dziedziczna bardzo często matce swe pochodzenie zawdzięcza, nie wszyscy jednak zgadzają się co do szczegółów w tej sprawie; mianowicie zaś panuje do dziś dnia wielka sprzeczność w poglądach na sposób, w jaki kiła matki udziela się potomstwu.

Rozpatrując tę kwestyę ze stanowiska czysto teoretycznego należałoby sądzić, iż dzieci, pochodzące z matek kiłowych, mogą dziedziczyć kiłę następnemi drogami: albo z jajkiem, zakażonem przed zapłodnieniem lub podczas niego, albo też po zapłodnieniu, za pośrednictwem obiegu krwi przyrzut kiłowy może z matki przez łożysko przejść do płodu, który zakaża się w ten sposób kiłą.

Zdania syfilidologów są podzielone w ten sposób, iż jedni utrzymują, jakoby kiła matki mogła udzielać się potomstwu li tylko za pośrednictwem zakażonego jajka; inni zaś, nie zaprzeczając wszakże temu, iżby kiła dziedziczna powstać mogła wskutek poprzedniego zakażenia kiłowego jaja, twierdzą jednak, iż w niektórych przypadkach płód, powstały ze zdrowego i niezakażonego jajka, może być w dalszym ciągu zakażonym przez matkę za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku, co następuje wtedy tylko, jeśli zdrowa przed zapłodnieniem matka nabędzie kiły podczas ciąży; oprócz wymienionych dwóch obozów, jest jeszcze spory poczet autorów utrzymujących, iż kiła matki udziela się potomstwu wyłącznie tylko za pośrednictwem obiegu krwi.

Mając na celu dokładne i ścisłe wyjaśnienie kwestyi udziału przypadającego matce w sprawie dziedziczenia kiły musimy przedewszystkiem rozpatrzyć się w piśmiennictwie a wtedy dowiemy się, w jaki sposób powstały dzisiejsze nasze poglądy na udział matki w przekazywaniu kiły potomstwu, nadto zaś, zestawiwszy zebrane spostrzeżenia i fakta, łatwiej możemy zoryentować się w zawiłych szczegółach przedmiotu i wysnuć ostateczne wnioski.

Z dawniejszych autorów Augerius Ferreryusz[1]) pierwszy wypowiedział zdanie, że kiła dziedziczna może pochodzić od matki; odróżniał dwa sposoby udzielania się kiły od matki potomstwu; mianowicie, zdaniem jego, dzieci nabywać mogą kiły od matki za pośrednictwem jajka zakażonego lub też drogą obiegu krwi w łożysku. Tego również zdania byli spółcześni syfilografowie Fallopiusz[2]) i Ambroży Paraeusz[3]); inni zaś pisarze XVI. stulecia nie wspominają wcale o udziale matki w sprawie przekazywania kiły dzieciom. W XVII. stuleciu zapanowało w nauce zdanie przypisujące pochodzenie kiły dziedzicznej przeważnie matce; rzecznikami jego byli Guyon, Dolois i de-Blegny[4]).

---

[1]) Aphrodisiacus. 1728. II. str. 906.
[2]) Tractatus de morbo gallico. Lib. XXXVI. str. 127.
[3]) De la grosse vérole etc. Lyon 1652. str. 467.
[4]) L'art de guérir les maladies vénériennes. Paris 1696. I. str. 15, 62—64.

U syfilografów XVIII. stulecia przeważało wypowiedziane przez Ferrieryusza i de Blegnego zdanie, jakoby matka przekazywała potomstwu nietylko nabytą przed zapłodnieniem kiłę, lecz że nawet zakaziwszy się podczas ciąży, mogła udzielić swej choroby znajdującemu się w łonie dziecięciu. (Astruc[1]), van-Swieten[2]) i inni); według Nisbeta[3]) dziedziczna kiła rzadko powstaje w następstwie kiły ojca, najczęściej zaś swe pochodzenie zawdzięcza chorobie matki. Vassal[4]) całkiem przeczył temu, iżby kiła mogła być od ojca przekazaną potomstwu; jedynem źródłem kiły dziedzicznej bywa według niego kiła matki.

Przytoczone wyżej poglądy i zapatrywania się co do udziału matki kiłowej w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły wypowiadano też w pierwszej połowie naszego stulecia (Lagneaux[5]), Nevermann[6]), Margerie[7]) Deutsch[8]); za podstawę faktyczną dla uznania przeważnego udziału matki w sprawie odziedziczania kiły, posłużyły liczne spostrzeżenia, które ogłosili: Rosen von Rosenstein[9]), Kortum[10]), Gilbert[11]), Desruelles[12]), Lohmeier[13]), Hufeland[14]), Vassal[15]), Lallemand[16]), Lagneau[17]), Sick[18]), Bonorden[19]), Cazenave[20]), Mayo[21]) i Polli[22]); późniejsze kazuistyczne przyczynki Goussaila[23]), Venota[24]), Bertheranda[25]), Trousseau[26]), Bergereta[27]), Bardineta[28]), Johnsa[29]), Eichmana[30]), Boecka[31]), von Rosena[32]), von Baerensprunga[33]), Kassowitza[34]) i Flindta[35]) tyczyły się też matek kiłowych, które przekazały swą chorobę potomstwu. W ostatnich zaś latach najwięcej spostrzeżeń w tej mierze podali Fournier[36]) i Neumann[37]), pomijając już liczne przypadki ogłoszone przez innych lekarzy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) De morbis venereis libri IX. 1740.
[2]) Behrend's Syphilidologie. 1845. VII. 3 str. 358.
[3]) Essai sur la théorie et la pratique des mal. vénér. Paris 1788.
[4]) Memoire sur la transmission du virus vénérien de la mère a l'enfant. Paris 1807.
[5]) Traité des maladies syphilitiques. Paris 1828. II. str. 243.
[6]) Schmidt's Jahrbücher. 1840. XXVII. 1. str. 69.
[7]) Gazette des hôpitaux. 1850. 101.
[8]) Journal für Kinderheilkunde. 1851. XVI. 3/4.
[9]) Maladies des enfants. str. 514.
[10]) Hufeland's Journal. 1804. XX. str. 3.
[11]) Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés. Paris 1810. str. 99.
[12]) Recueil de la Soc. méd. de Paris. 1822. str. 50.
[13]) Rust's Magazin. 1823. XV. str. 149.
[14]) Hufeland's Journal. 1827. XXII. str. 22.
[15]) Hufeland's Journal. 1827. XXII. str. 40—47.
[16]) Journal univers. XXVII str. 132.
[17]) l. c. str. 243—244.
[18]) Preussische Vereins-Zeitung. 1837. 29. März.
[19]) Tamże 1840. Nr. 40.
[20]) Traité des syphilides. 1843. str. 134.
[21]) Behrend's Syphilidologie. 1844. VI. str. 306.
[22]) Annali univers. di medicina. 1847. XXIII. Agosto.
[23]) L'Union médicale. 1851. Nr. 134.
[24]) Tamże 1852. Nr. 41 i 42.
[25]) Précis des maladies vénériennes. Paris 1852. str. 336.
[26]) Gazette des hôpitaux. 1855. str. 26.
[27]) Moniteur des hôpitaux. 1853. 29. Novembre.
[28]) Diday. Traité de la syph. des nouveau-nés. Paris 1854. s. 38.
[29]) Dublin Journal of med. Science 1854. November.
[30]) Prager Vierteljahr. 1855. II. str. 30.
[31]) Dyskusya w Tow. lek. w Chrystyanii — patrz protok. 1857. str. 107—108.
[32]) Behrend's Syphilidologie. N. Reihe 1860. II. 4. str. 491—492, 494—495; 1863. III. str. 38—39.
[33]) Ueber hereditäre Syphilis. Berlin 1864. str. 99—133.
[34]) Die Vererbung der Syphilis. Wien 1876.
[35]) Flindt, den congenite syphilis. Kobenhavn. 1878. str. 114—132, 167—174.
[36]) Syphilis et le mariage. Paris 1881.
[37]) Arch. f. Dermatol. und Syphilis. 1892. 4, str. 596 i następne.

IV. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O bakteryach w worku spojówkowym oka zdrowego.

Podał
Dr. S. Lachowicz z Wilna.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

Przy wszystkich swych badaniach posługiwałem się zwykle mikroskopem Zeitza (pantachrom., okular. 2 i 3, tubus 160); preparaty barwiłem wyłącznie rozczynem 1% wyskokowo-wodnym fuksyny, przyczem, jak już wyżej nadmieniłem, wszystkie moje manipulacye do rozpoznawania gatunku drobnoustrojów włącznie uprzejmie kontrolował prof. Bujwid.

Zdając zatem ogólnie sobie sprawę z dopiero co przytoczonych wyników, przekonywamy się, że wszystkie niemal wymienione bakterye, tak prątki jak ziarniki, można uważać za drobnoustroje, jużto powietrzne, już wodne; niektóre z nich są poprostu saprofitami (n. p. *micrococcus candicans micróc. coronatus*, *sarcina lutea, microc. cereus albus)* [1]). — *Bacil. fluores. putridus* znajdywano często w wodzie, nieraz na rozkładających się substancyach. *Bacil. xerosis conjunctivae* uważany przez niektórych autorów za sprawcę danego cierpienia, znajdywano nieraz i w zdrowym worku spojówkowym [2]) tak, że właściwie tylko *staphylococcus pyogenes albus* i *streptococcus pyogenes*, uchodzące bardziej za chorobotwórcze, mogą na razie zwracać na siebie naszą uwagę.

Jednakże, by decydować z większą pewnością o wpływie danych drobnoustrojów na zdrowe oko ludzkie, potrzeba do tego okoliczności opartych na doświadczeniach, wykazujących w sposób bardziej przekonywający rolę każdego naszego drobnoustroju w zdrowym worku spojówkowym, tembardziej zwłaszcza, że, jakeśmy to wyżej widzieli, u przeważnej części osób badanych (69%) żadnych bakteryj w oczach nie było — innemi słowy, potrzeba przez doświadczenie wykazać, co się dzieje ze zdrowem okiem człowieka, jeśli się w istocie wprowadza bakterye do worka spojówkowego, jak również, co się dzieje z wprowadzonemi bakteryami? Do wyjaśnienia tej kwestyi użyłem szczepienia czystych hodowli do własnych worków spojówkowych, wychodząc z tego stanowiska, iż takie doświadczenia o wiele więcej zyszczą na doniosłości, niż dokonane na zwierzętach; nadto swoje oczy uważałem do tego za nadające się najbardziej, jako uchodzące do pewnego stopnia za wolne od jakichbądź bakteryj, gdyż, jak nadmieniłem wyżej, trzechkrotne ich badanie nie wykazało żadnych drobnoustrojów.

System postępowania we wszystkich przypadkach był następujący: pół lub całe uszko (drucika platynowego) czystej hodowli agarowej wprowadzano do załamka dolnej powieki (naprzemian jednego dnia do jednego, drugiego dnia do drugiego oka), poczem powieki na chwilę zamykano lub nawet palcem przez powiekę dolną rozcierano z lekka hodowlę po powierzchni gałki ocznej. Następnie celem przekonania się, co się dzieje z samemi bakteryami wprowadzonemi do worka, czy w nim zostają i jeśli zostają, to jak długo, zaszczepiano powtórnie ciecz łzowo-śluzową na agarze z oka już zaszcze-

---

[1]) Flügge: loc. cit.
[2]) Fick: loc. cit.

pionego. Dla dokładniejszego przeglądu, przytaczam rzeczone doświadczenia w porządku jak je robiono:

1) *Micrococcus candicans.* $^1/_2$ uszka 5-cio dniowej hodowli żelatynowej wprowadzono do worka oka prawego. Po 24 godz. ciecz łzowo-śluzową zaszczepiono na agar; po kilku dniach obserwacyi hodowli na agarze nie ma.

2) *Bacillus sporiferus* (laseczki kolbkowate). Jedno uszko 4-ro dniowej hod. agar. do worka oka lewego; ciecz łzowo-śluz. zaszczepiono na agar po $2^1/_2$ godz. i po 24 godz.; po kilku dniach obserwacyi w obu probówkach hodowli nie ma.

3) *Staphylococcus pyogenes albus.* $^1/_2$ uszka 2 tygodn. hod. agar. do worka oka prawego; po godzinie zaszczepiono ciecz łzowo-śluz. na agar *(a)*.

Dla przekonania się o ile dana hodowla jest świeża, zaszczepiono ją jednocześnie na agar świeży *(b)*.

W próbówce *a:* wyraźne kolonie; w prob. *b:* mnóstwo pojedynczych białych kolonij. Pod mikroskopem: *staphylococcus pyog. albus* w obu probówkach.

4) *Staphylococcus pyogenes albus* (drugi raz). Jedno uszko 3 dniowej hod. agar. do worka oka lewego; ciecz łzowo-śluzowa zaszczepiona na agar po upływie godziny i po upływie 23 godzin.

W próbówce pierwszej mnóstwo pojedynczych białych kolonij. Pod mikroskopem: *staphylococcus pyogenes albus;* w probówce drugiej po kilku dniach obserwacyi hodowli nie ma.

5) *Bacillus fluorescens putridus.* $^1/_2$ uszka 8-io dniowej hod. agar. do worka oka prawego; ciecz łzowo-śluzowa zaszczepiono na agar po 2 minut., 5 min., 25 min., godzinie i $2^1/_2$ godz.

W probówce po 2 min. nader obfita hodowla rozlana po całej powierzchni agaru; w probówce po 5 min. hodowla również obfita, rozlana; w probówce po 25 min. hodowla znacznie mniej obfita, rozlana; w probówce po godzinie hodowla w kształcie tylko pojedynczych kolonij w niewielkiej ilości; w probówce po $2^1/_2$ godz. na całej powierzchni agaru tylko 4—5 pojedynczych kolonij. Pod mikroskopem: *bacillus fluor. putridus* we wszystkich probówkach.

6) *Micrococcus coronatus.* $^1/_2$ uszka 3 dniowej hodowli agar. do worka oka lewego; ciecz łzowo-śluzowa zaszczepiono na agar po 50 minutach i po $1^1/_2$ godziny. Po 4 dobach: w probówce pierwszej jedna niewielka biała kolonia. Pod mikroskopem: *micrococcus* podobny do *coronatus.* W probówce drugiej po kilku dniach obserwacyi hodowli nie ma.

7) *Micrococcus cereus albus.* 1 uszko 1 dniowej hod. agar. do worka oka prawego; ciecz łzowo-śluzową zaszczepiono na agar po 50 minut., $1^1/_2$ godziny i 23 godzinach. W 2 pierwszych probówkach wyraźna hodowla rozlana i pojedyncze kolonie białawego koloru (w pierwszej obfitsze). Pod mikroskopem: *micrococcus cereus albus.* W ostatniej probówce po kilku dniach obserwacyi hodowli nie ma.

Podobnych doświadczeń nie mogłem na razie dokonać nad resztą drobnoustrojów (*streptococcus pyogenes*, *bacillus xerosis conjunctivae*, *sarcina lutea*) z tej prostej przyczyny, iż nie miałem świeżej ich hodowli, pierwsze zaś ich hodowle przestały już rosnąć.

Przytem muszę zwrócić uwagę, iż we wszystkich doświadczeniach z wprowadzaniem drobnoustrojów sobie do oka, nie czułem w niem najmniejszego zadraźnienia ani zaraz po zaszczepieniu, ani później. To też szereg tych doświadczeń, jeśli tylko ich wyniki dadzą się potwierdzić dalszemi w tym względzie badaniami, przedstawia mi się nader ciekawym zarówno ze stanowiska czysto biologicznego, jak i praktycznego. Oczywiście widzimy z jednej strony, że rozmaite drobnoustroje, nawet takie, jak *staphylococcus pyogenes*, są całkiem obojętne dla zdrowego oka człowieka, z drugiej zaś strony, że te drobnoustroje nawet dość szybko znikają z oka, nie będąc niby w stanie dotrzymać miejsca w nierównej walce z siłami ustroju. Co to za siły, gdzie mają swe źródło, czy się rządzą prawami ogólnemi ustroju, czy też są ściśle umiejscowione, ostateczne rozwiązanie ciekawych tych pytań należy niewątpliwie do przyszłości.

Rzecz naturalna, że dla ostatecznego wyjaśnienia wpływu rozmaitych drobnoustrojów na zdrowe oko człowieka, niezbędny jest jeszcze inny szereg badań, mianowicie celem wyjaśnienia wpływu tych drobnoustrojów na oko zdrowe, lecz dotknięte sztucznym urazem; podobne doświadczenia, dozwolone oczywiście tylko na zwierzętach, mogłyby nas przybliżyć do tych zjawisk, jakie niemal codziennie obserwujemy w życiu, (n. p. pewne operacye wykonywane na zdrowem oku). Ale zarówno te badania jak i inne, tyczące się rozmaitych wyżej przytoczonych kwestyj, zmuszony jestem pozostawić na przyszłość.

Reasumując w końcu wyniki niniejszej pracy, muszę wyznać, iż jakkolwiek daleki jestem od tego, by przypisywać jej całkiem rozstrzygające znaczenie a to z przyczyny niedostatecznej liczby doświadczeń, uważając ją przedewszystkiem za materyał, przyczynek do dalszych w tym względzie badań, to jednak na podstawie otrzymanych danych mogę poczynić następujące wnioski:

1) W przeciwieństwie do innych błon śluzowych worek spojówkowy oka zdrowego u człowieka nie jest stałem siedliskiem zwyczajnych, znanych nam drobnoustrojów, za czem przemawia nieobecność ich w bardzo przeważającej liczbie zdrowych worków spojówkowych (w 69%), przytem w obu oczach (w 62%).

2) Drobnoustroje, znajdujące się niekiedy w zdrowych workach spojówkowych, są przeważnie z powietrza, przytem w niewielkiej ilości i prawdopodobnie czasowo tylko w nich przebywają, czego są dowodem zarówno nieliczne zwykle hodowle drobnoustrojów od zaszczepienia z oka, mniejsza znacznie ilość worków spojówkowych zawierających bakterye (31%, przytem tylko w 27% w obu oczach), jak również szybkie zmniejszania się ilości i ewentualne znikanie z worka spojówkowego bakteryj, sztucznie doń wprowadzonych (patrz doświadczenia 4, 5, 6 i 7 z wprowadzania czystych hodowli sobie do oka).

3) Rozmaite drobnoustroje znikają z worka spojówkowego prawdopodobnie nie z jednakową szybkością (patrz doświadczenia 2, 5 i 6).

4) Wszystkie wyżej przytoczone bakterye (nie mówię tu o *streptococcus pyogenes* i *bacillus xerosis conjunctivae)* są całkiem obojętne dla oka zdrowego, gdyż nie wywołują w niem żadnych objawów chorobowych, nawet najmniejszego zadraźnienia.

Przy sposobności pozwalam sobie wyrazić najserdeczniejsze podziękowanie prof. O. Bujwidowi tak za uprzejme przyjęcie mnie pod dach swego zakładu i danie możności korzystania ze wszystkich jego zasobów, jak za ustawiczne kierownictwo i pomoc słowem i czynem przy wykonaniu niniejszej pracy.

V. Oceny i sprawozdania.

Władysław Bylicki (we Lwowie): **Nauka o chorobach kobiecych (ginekologia).** Kraków. Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich 1894. str. 646.

Podczas gdy prawie wszystkie cywilizowane narody posiadają w swych książnicach dzieła poświęcone nauce o chorobach kobiecych [1]), my Polacy nie mieliśmy dotąd oryginalnej ginekologii polskiej. Pocieszać się tem, że Dania, Norwegia i Szwecya taki sam jak i my los dzielą, nie jest ani zaszczytne ani uniewinniające. To też z prawdziwą przyjemnością dowiedzieliśmy się na Zjeździe lekarzy w Krakowie o planie wydania ginekologii przez kolegę Bylickiego ze Lwowa. Dzisiaj dzieło to, wydane nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, jest już w rękach naszych. Stanowi ono bezpłatne premium dla członków i prenumeratorów Wydawnictwa za rok 1894/95 a dla lekarzy Polaków jest jednem z najcenniejszych dzieł lek. polskich, jakie się w ostatnich ukazały latach.

Ginekologia kol. Bylickiego składa się z 624 stronnic, ściśle nabitych i przeplatanych przeszło stu rysunkami, przedstawiającymi szematycznie w udatnej formie różne operacye oraz patologiczne nieprawidłowości narządów miednicznych.

Już sam wstęp do dzieła mile usposabia czytelnika do autora; pierwsza strona książki zawiera bowiem te tak proste a tak z serca do serca idące słowa: Pamięci Maurycego Madurowicza z uczuciem wdzięczności poświęcam.

Dzieło kol. Bylickiego jest, o ile sądzić możemy, napisane na modłę dzieła Schroedera (Hofmeiera). Taki sam tutaj jak i tam podział i ugrupowanie przedmiotów. Rozdział pierwszy poświęcony jest opisowi badania ginekologicznego, drugi chorobom części płciowych zewnętrznych, trzeci chorobom pochwy, czwarty chorobom macicy, piąty omawia miesiączkowanie, szósty choroby trąbek macicznych (czemu nie jajowodów?), siódmy choroby jajników, w ósmym rozdziale wreszcie opisane są choroby więzadeł macicznych, otrzewny i tkanki łącznej miednicowej.

Całe dzieło przeczytaliśmy z uwagą i wielką przyjemnością. Bardzo trafnie postąpił sobie autor, że przy opisie chorób różnych części narządu rodnego, mówi najpierw o przyczynach, dalej o anatomii patologicznej, następnie o objawach, rozpoznaniu, rokowaniu a wreszcie o leczeniu. Podług potrzeby i ważności są różne działy mniej lub więcej obszernie opracowane a na każdej prawie stronie dziełka widać, że autor przedmiot swój zna dobrze a to, o czem pisze, umie zarazem i oceniać krytycznie.

Przedstawienie operacyj jest treściwe; dokładność idzie tutaj w parze z jasnością a co zarazem jest rzeczą ważną, całe dzieło autora wolne jest od subjektywizmu, który w tych razach nie byłby wcale na miejscu. Przy opisywaniu różnych metod operacyjnych należałoby może troszkę dosadniej zaakcentować, że przy wszystkich operacyach pamiętać należy przedewszystkiem o trzech okolicznościach a mianowicie o dokładnej aseptyce, dokładnem szyciu i skrupulatnem tamowaniu krwawienia, dezyderatach tak nieodzownych, aby dobry otrzymać wynik operacyjny.

Jeżeli ogólnie biorąc podział całego przedmiotu w dziele autora jest racyonalny, to bezwątpienia więcej jeszcze dzieło jego zyskałoby na wartości, gdyby autor w następnem wydaniu (a że ono będzie wkrótce potrzebne, o tem sądząc z jakości dzieła jesteśmy przekonani), poświęcił osobne rozdziały aseptyce, względnie antyseptyce, celiotomii i przygotowaniom do niej, wiewiórowi (rzeżączce) narządu rodnego, a omawiając przetoki, wartoby także pomówić o cierpieniach cewki i pęcherza. Bądź jak bądź są to przedmioty bardzo ważne a dokładna ich znajomość wprost dla lekarza konieczna.

Całe dzieło kol. Bylickiego uważamy za wielce udatne i autor wydając pierwszą ginekologię polską, dobrze się przysłużył sprawie narodowej. Ale takie wypowiadając zdanie, jest zarazem obowiązkiem referenta zwrócić także uwagę na jedno niedomaganie w powyższem dziele. Autor, choć obeznany jest z literaturą swego przedmiotu, za mało uwzględnił literaturę ojczystą. I tak już w zagranicznej literaturze odgrywamy rolę kopciuszka; tem też więcej winniśmy się starać o to, aby wszędzie i zawsze uwzględniać literaturę rodzimą, wykazując przez to słuszność Rejowego dwuwiersza: *„A niechaj narodowie wżdy postronni znają, Że Polacy nie gęsi i swój język mają“*. Skoro konspiracya milczenia nawet w rzeczach nauki tak zwykle systematycznie jest wobec nas przez obcych zachowywana, to sami powinniśmy bronić prac naszych literackich od zagłady i zapomnienia. Na ojczystą lutnię nie tylko obce naciągać należy struny!

Możeby dobrze było, aby szanowny autor w następnem wydaniu raczył np. o następujących wspomnieć rzeczach:

Omawiając niedorozwoje narządu rodnego (str. 43) należałoby uwzględnić prace Dembowskiego [1]), Zielewicza [2]) i Radziszewskiego [3]); w rozdziale o przetokach (str. 118) dwie prace Rydygiera [4]) i pracę Neugebauera [5]); przy owaryotomii (str. 539) prace Zagórskiego [6]), Sztembartha [7]), Kosińskiego [8]), Zielewicza [9]) i znane 4 serye celiotomii Matlakowskiego [10]); przy torbielach przyjajnikowych (str. 511) warta wspomnienia poważna praca p. Wykowsko-Duninowej [11]); przy skórzakach torbiela (str· 522 i 525) wykłady Pomorskiego [12]) i Dąbrowskiego [13]); w rozdziale o trzebieniu (str. 142 i 338) możnaby wspomnieć krytycznie o pracy Żukowskiego [14]), w której obustronne trzebienie wyleczyło „histeryę wysokiego stopnia“, zestawiając z nią wyniki Fritscha, Leppmana i innych, którzy wręcz przeciwne otrzymali rezultaty; przy gruźlicy narządu rodnego (str. 498, 233, 110, 479) nie wspomniano o cennej pracy Krzywickiego [15]) (29 przypadków dokładnie zbadanych), przy obrzękach pozaotrzewnowych (str· 12, 533) pracy Obalińskiego [16]), przy leczeniu włókniaków macicy elektrycznością (332) prac Paneckiego [17]), Jaworskiego [18]) i Zweigbauma [19]); przy omawianiu częściowego wycięcia kości krzyżowej (str. 402) nie wspomniana jest praca Rydygiera [20]); przy wycięciach macicy przez pochwę (str. 356) siedm przypadków Matlakowskiego [21]) a przy Péanowskiem *morcellement* nie uwzględnił autor pracy Skałkowskiego [22]). Przy zrostach torbieli (str. 518 i 525) warto było bliżej pomówić o zrostach otrzewny w ogóle i wspomnieć tutaj o znanej pracy Dembowskiego. Wreszcie mówiąc o zabiegach operacyjnych przy wypadnięciu macicy (str. 274 i 288) zasługiwała na wspomnienie praca Matlakowskiego [23]) o przyszyciu wypadłej macicy wedle sposobu autora.

---

[1]) Niemcy szczycą się dziełami: Brauna, Fritscha, Martina, Schrödera, Zweifla, Winckla, Hofmeiera, Hegar-Kaltenbacha i dziełem zbiorowem Billrotha i Lückego; Anglia posiada dzieła: Atkilla, Duncana, Grahama, Edisa, Harta, Barboura, Hewitta, L. Taita, Galabina, Leversa i Mernangtona; w Francyi pisali: Abeille, Courty, Eustache, Guérin, Terrillon, Vulliet i Lusand, Duplay, Moussand, Pozzi, Auvard, Churchill-Leblond, Lutand, Sineté i Tripier; Rosya posiada dzieło Słowiańskiego i dziełko Dobraurawowa; Ameryka dzieła Atkinsona, Byforda, Emmeta, Goodella, Davenporta, Sinclaira, Southwicka, Cragina, Maya i Thomasa; Włochy dzieła: Christoforisa i Marocca; Hiszpania posiada dzieła: Samperea a nawet Japonia szczyci się dziełem ginekologicznem Yamazeki Genschina.

[1]) *Gazeta lek.* 1892 i *Kongres chir. polsk. w Krak.* 1892. [2]) *Arch. f. kl. Chir.* 88 i 89. [3]) *Medycyna* 1892. [4]) podaje technikę operacyjną przy ciężkich przypadkach przetok, dodając nadto w końcu zapatrywania co do etyologii przetok; w 2. swej pracy omawia Rydygier plastykę obrażonych moczowodów przy celiotomii. *Przegl. lek.* 1891. [5]) *Archiv f. Gynaec.* tom 30. [6]) *Medycyna* 1887. [7]) *Medycyna* 1889. [8]) *Pamiętnik Tow. lek. Warsz.* 1889. [9]) *Arch. f. kl. Chir.* 88 i 89. [10]) *Gazeta lek.* 88; 89. 90 rok. [11]) *Archiv f. Gyn.* tom 34. [12]) *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* tom 16. [13]) Międzynarodowy kongres w Berlinie. [14]) *Wiad. lek.* 1889. [15]) *Ziegler's Beiträge zur Path. Anat.* tom III. [16]) *Gazeta lek.* 1892. [17]) *Ther. Monatshefte* 1891. [18]) *Gaz. lek.* 1890. [19]) *Gaz. lek.* 1890. [20]) *Przegl. lek.* 1892. 51. [21]) *Gazeta lek.* 1889. [22]) *Przegl. lek.* 1892. 46. [23]) *Gazeta lek.* 1889. Uwaga referenta. W podręczniku chorób żołądka Jaworskiego (także Wydawnictwo dzieł lek. polskich w Krakowie) umieszczony jest w końcu dziełka dokładny spis wszystkich polskich prac o odnośnym przedmiocie. Wartoby przykład ten naśladować w polskich dziełach, traktujących obszernie o tej lub innej nauce.

Umyślnie obszerniej przytoczyliśmy nazwiska powyższych autorów polskich, aby nie narazić się na zarzut, że życzenie nasze większego uwzględnienia swojskiej literatury nie jest uzasadnione. Wiedząc, że dzieło autora drukowano przez rok cały, nie wspomnieliśmy umyślnie o zeszłorocznem żniwie na polskiej glebie ginekologicznej, gdyż nieuwzględnienie prac tych było naturalnym wynikiem rzeczy a *ultra posse nemo obligatur*. Na str. 52. i 84. przytacza autor zamiast polskich nazw łacińskie a przecież *oxyuris vermicularis* nazywamy glistnicą robaczkową lub owsikiem; mięśnie także mają polskie nazwy.

Styl w całem dziele jasny, język poprawny, nigdzie dopatrzeć się braku jedności lub nieładu w ugrupowaniu przedmiotów. Jeżeliśmy w powyższej ocenie może za szczerze i za otwarcie wypowiedzieli to, co mieliśmy na sercu, to niechaj szanowny autor nie bierze nam tego za złe. Właśnie, że wysoko cenimy mozolną jego pracę i że z całej duszy pragniemy, żeby była nietylko jak teraz dobrą, ale w przyszłości jeszcze lepszą, pozwoliliśmy sobie powyższe wypowiedzieć uwagi. Kreśląc je, dalecy byliśmy od tego, aby jedynie chcieć tylko wyszukiwać na duchowem obliczu dzieła autora same tylko piegi i plamy. Toć i słońce ma plamy i plamki a mimoto jest słońcem i grzeje! *Święcicki.*

Zapiski terapeutyczne.

— K. Bohland. O piperacynie jako leku rozpuszczającym kwas moczowy (Z kliniki lekarskiej w Bonnie). Od czasu, w którym Biesenthal i Schmidt zwrócili uwagę, iż piperacyna posiada przymiot rozpuszczania kwasu moczowego w wodzie w znacznej ilości a jest dla ustroju ludzkiego nieszkodliwą, posypały się spostrzeżenia przemawiające za skutecznością tego środka w dnie (*arthritis*) i w chorobach polegających na skazie moczanowej. Wiarę jednak w tę skuteczność zachwiał M. Mendelsohn przez wykazanie, iż w moczu tak kwaśnym jak i alkalicznym piperacyna niema przymiotu rozpuszczania kwasu moczowego. Gdy atoli mimo tego Biesenthal a w ostatnich czasach i Wittzack wystąpili z twierdzeniem, iż wbrew opinii Mendelsohna piperacyna jest środkiem skutecznym w dnie przewlekłej (*arthritis chronica*) i morzysku z kamieni nerkowych, postanowił autor spróbować piperacyny u odpowiednich chorych. Ze ścisłych w tej mierze spostrzeżeń na chorym z bielicą znacznego stopnia, który z moczem wydzielał duże ilości kwasu moczowego, wypada naprzód, że piperacyna nie powiększa dziennej ilości moczu, pomniejsza nieco stopień jego kwaśności i, równie jak u zdrowych, nie powiększa i u chorych wydzielanej z moczem ilości kwasu moczowego, jeżeli się ją oznacza w poprawny sposób przez Salkowskiego i Fokkera podany. W obec tego wszystkiego nie można rachować na żadną skuteczność piperacyny w dnie tudzież kamicy nerkowej i pęcherzowej a jeżeli w tej mierze ogłoszono spostrzeżenia przemawiające na korzyść piperacyny, to nie można zapomnieć, iż są także publikacye wprost dowodzące nieskuteczności środka, o którym mowa. (*Therapeutische Monatshefte.* Maj 1894).

— Stern. O użyciu makowca do leczenia zwężeń krtani u dzieci. (Ze szpitala düsseldorfskiego). Wiadomo, że dzieci ze zwężeniem krtani skutkiem błonicy (*diphtheria*) lub dławca (*croup*) za wzruszeniem psychicznem o wiele trudniej oddychają i naodwrót, że podczas snu, dolegliwości w tej mierze zmniejszają się wybitnie. Obserwować to można szczególniej wtedy, gdy dzieci przyniesione do szpitala celem tracheotomii boją się i operacyi i nowych osób sobie nieznanych. Jeżeli się uda dzieci uspokoić, to można przekonać się, iż zaraz zmniejszają się trudności i dolegliwości w oddychaniu. Można też widzieć, iż jeżeli po tracheotomii sprawa chorobowa posuwa się dalej do oskrzeli, to brak oddechu i powstająca ztąd trwoga przed uduszeniem zmniejszają się po zadaniu makowca. Te spostrzeżenia natchnęły autora myślą spróbowania makowca u dzieci już we wczesnych okresach zwężenia krtani z błonicy lub dławca.

Ponieważ w Düsseldorfie (tak samo jak i u nas) szukają w błonicy i w dławcu pomocy dla dzieci w szpitalu dopiero wtedy, gdy przychodzi ostatnia chwila do tracheotomii, przeto spostrzeżenia autora odnoszą się do przypadków w tym ostatnim okresie, w którym występują według Henocha miejscowe objawy zwężenia krtani w postaci świstu przy oddychaniu, właściwego kaszlu i zapadaniu się za wdechem podgardla (*jugulum*) i okolicy dolnych żeber. Otóż działanie makowca u dzieci w tym okresie objawiało się w ten sposób przedewszystkiem, że drażnienie do kaszlu łagodniało a oddech sam stawał się spokojniejszym i jednostajnym. Przez to wkrótce zmniejszała się lub nawet ustępywała sinica a bezdech malał. Tłómaczy się to w ten sposób, że przez zwężoną krtań przechodzić musi tem więcej powietrza, im wdech jest powolniejszy i głębszy; skutkiem tego zmniejsza się tak intoksykacya kwasem węglowym, jak i niebezpieczeństwo od niej.

Oczywistą jest rzeczą, iż użycie makowca w tym okresie choroby niema na celu bynajmniej zastąpić tracheotomii, ale jest bardzo cennym środkiem pomocniczym, osobliwie w praktyce prywatnej i na początku zwężenia krtani, gdzie chodzi o zmniejszenie niebezpieczeństwa z zatrucia kwasem węglowym, a nie ulega prawie wątpliwości, iż tak, jak autorowi, uda się i innym uchronić niejedno dziecko od tracheotomii lub intubacyi.

W przypadkach atoli zwężenia krtani już daleko zaszłych przyda się bardzo użycie makowca, gdyż łagodzi ono bezpośrednie niebezpieczeństwo, co niewątpliwie wielkie ma znaczenie osobliwie na wsi i w praktyce prywatnej, gdzie operatora wprawnego nie odrazu ma się pod ręką. Jakoż przekonał się autor, że w przypadkach, w których tracheotomia natychmiast wydawała się wskazaną, można było nieraz opóźnić ją i o 16 nawet godzin przez zadanie makowca, a ponieważ najlepsze nawet statystyki wykazują po tracheotomii tylko 36 do 40% wyzdrowienia, przeto nie powinno się zaniedbywać niczego, co w danych okolicznościach pozwoliłoby obejść się bez tracheotomii.

Zadanie wszakże makowca prócz zyskania na czasie przynosi i tę jeszcze korzyść, iż do tracheotomii potrzeba według postrzeżeń autora stanowczo mniej chloroformu, niż bez makowca, co zgadza się zresztą z dawnem już spostrzeżeniem, iż u dorosłych po wstrzyknieniu morfiny potrzeba mniej chloroformu do zupełnego znieczulenia, niż bez wstrzyknienia.

Pod względem ilości i zadawania, nadmienia autor, iż zadaje od 2 do 5 kropel nastoju makowca (*tinctura opii*), zazwyczaj u dzieci ponad pierwszy rok życia zaczynając od 3 kropel, w łyżeczce od kawy wody ocukrzonej. Jeżeli po upływie połowy godziny nie widać skutku, daje jeszcze dwie krople. Jeżeli teraz nastąpi wyraźna poprawa w postaci łatwiejszego oddechu, zmniejszenia się sinicy i mniejszego zapadania się podgardla i t. d., wypada czekać spokojnie. Jeżeli przeciwnie powiększają się dolegliwości, należy w każdym przypadku z osobna rozważyć, czy przystąpić do tracheotomii, czy też jeszcze zadać makowiec.

Autor sam uważa, że makowiec w zwężeniach krtani działa tylko symptomatycznie, ale działanie to nie jest obojętne dla przebiegu choroby, i dlatego sądzi, żeby go należało spróbować zaraz na samym początku zwężenia, dając go stosownie do wieku dziecka i okoliczności, a w każdym razie pod staranną kontrolą, od 3 do 5 kropel nastoju po trzy razy dziennie.

W końcu swej, w skromny nader sposób skreślonej pracy, nadmienia autor, iż już może kto inny przed nim zalecał makowiec w zwężeniach krtani, ale on o tem nie wie i dlatego zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń. (*Therapeutische Monatshefte.* Maj 1894).

— Rumno. Leczenie bielicy i przerostu gruczołów limfatycznych wstrzykiwaniami

podskórnemi dużych dawek arsenianu sodowego. Wiadomo, iż do wstrzykiwania podskórnego używa się ogólnie rozczynu Fowlerowego, który jednak mocno drażni tkankę podskórną. Otóż autor przekonał się, iż te wstrzykiwania można bardzo korzystnie zastąpić wstrzykiwaniami podskórnemi 1% rozczynu arsenianu sodowego (*arsenias natrii*), który za użyciem wszelkich ostrożności aseptycznych nie sprawia miejscowo ani bólu ani żadnego stwardnienia. Użył ich też autor z dobrym skutkiem w kilku przypadkach bielicy (*leukaemia*) i przerostu gruczołów limfatycznych (*lymphadenia*), jednak dopiero po zastósowaniu dawek dużych: w tym celu rozpoczynał od wstrzykiwania 5 kropel (które odpowiadają $2^1/_2$ miligramom arsenianu sodowego) a dochodził rychło do 50 i 60 kropel (= 0·025 i 0·030 arsenianu sodowego) na jedno wstrzykiwanie. Tę ilość zadawał autor aż do wystąpienia pierwszych przypadów zatrucia arsenem w postaci suchości i uczucia ściskania w gardle, nastrzykania i nieznacznego obrzmienia powiek, nieżytu nosa, osutki, bólów głowy i rozwolnienia. Gdy te objawy ustąpiły, wracał autor znów do wymienionych wstrzykiwań.

W ten sposób postępując, doszedł autor w jednym przypadku do 50 wstrzykiwań i przekonał się o znacznem zmniejszeniu się śledziony i gruczołów limfatycznych tudzież o zbliżaniu się do prawidła stósunku ciałek białych krwi do czerwonych a skutkiem tego wszystkiego o polepszeniu się stanu ogólnego. (*La semaine médicale*. 16. Maja 1894).

— Pousson: Leczenie krwotoków do pęcherza moczowego. Pierwszym warunkiem leczenia jest utrzymanie pęcherza w spokoju a zatem leżenie w łóżku w krwotokach skutkiem kamieni, w innych unikanie ile możności ruchów gwałtownych. Zewnętrznie kataplazmy na podpępcze (*hypogastrium*), wewnętrznie makowiec i beladona a przedewszystkiem wstrzykiwania podskórne morfiny. Płynów a zatem również i pokarmów płynnych używać należy jak najmniej. Wszelkie środki moczopędne są przeciwskazane. Sporysz pobudza mięśnie pęcherza moczowego do kurczenia się. Wstrzykiwanie do pęcherza 10% roztworu taniny tylko w ostateczności i po oddaleniu skrzepów krwi. Jedynie w razie obfitych krwotoków można użyć po wyczerpaniu napróżno innych środków kwasu dębiankowego wewnętrznie według przepisu:

61) Rp. *Acidi gallici* *1·00—1·50*
Syr. diacodii
Syr. cort. aurant. amar.
aa *30·00*
Aquae destil. *60·00*
MDS. Co godzina zażywać po łyżce stołowej.

— W zapaleniu płuc i oskrzeli z influency zaleca Mortimer Granville:

62) Rp. *Camphorae tritae* *0.60*
Ttrae jodi guttas *10*
Mucil. gummi arab. *15·00*
Glycerini *25·00*
Olei menthae piper. guttas *5*
Syrupi zingiberis *90·00*
MDS. Co 2 lub 3 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

— W róży u dzieci zaleca Tordeus przykładanie na zajęte okolice skóry kompresów napojonych płynem:

63) Rp. *Spir. camphorati* *200·00*
Sublimati *0·10*
(*La semaine médicale*. 16. Maja 1894).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

IV. Posiedzenie z dnia 13. Kwietnia 1893 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 37.

1) Kol. Krzyżanowski nawiązując do wykładu kol. Merunowicza o epidemii duru brzusznego we Lwowie w r. 1893. (na III. posiedzeniu) przeciwstawił tej epidemii tegoroczną epidemię duru osutkowego w tem mieście, która wybuchła w schronisku dla włóczęgów brata Alberta przy ul. Kleparowskiej l. 9. Uwydatniając przykładami różnorodność istoty chorobowej w obu epidemiach i różny sposób ich powstawania i szerzenia się, podał kol. K. kilka klinicznych uwag, jakie mógł zebrać jako kierownik szpitala epidemicznego. W dyskusyi przemawiał kol. Obtułowicz.

2) Kol. Skałkowski opisuje przypadek całkowitego wyłuszczenia macicy przez pochwę w bardzo wczesnym okresie raka, przypadek o tyle zajmujący, że klinicznie badając chorą, nie można było mieć wątpliwości, że chodzi tu o raka ujścia macicznego a badanie drobnowidowe nie wykazało raka, lecz tylko przerost gruczołów. Mimo ujemnego wyniku badania drobnowidowego, polegając na klinicznych objawach, mianowicie na charakterystycznem stwardnieniu wargi przedniej, krwawieniu przez czas dłuższy trwającem, bólach rozpromieniających się ku krzyżom i wypływie brudno-krwawym z pochwy — gdy nadto dwóch kolegów (Festenburg i Wehr) potwierdziło rozpoznanie, wykonał kol. S. operacyę doszczętną. Badanie drobnowidowe wyciętej macicy przez kol. Wehra wykazało wybitny naciek rakowy przedniej wargi, sięgający w głąb na centymetr.

W dłuższem przemówieniu starał się kol. S. podnieść ważność klinicznego badania jakoteż tę okoliczność, że ujemny wynik jednorazowego badania drobnowidowego nie może jeszcze obalić dokładnego badania klinicznego, gdyż może zajść omyłka w wycięciu miejsca charakterystycznego, podobnie n. p. brak prątków gruźliczych w plwocinach nie obala jeszcze klinicznego rozpoznania gruźlicy. Wobec klinicznie wybitnej formy raka nie wyczekiwał kol. S. dalszego badania drobnowidowego, lecz czuł się uprawnionym do wykonania operacyi doszczętnej, postępując według zasad w chirurgii przyjętych, że raka należy operować jak najdalej w tkance zdrowej. Operacya została uwieńczoną dobrym wynikiem, gdyż chora czuje się zdrową i nabiera ciała.

Kol. Wehr przedstawia macicę z powyższego przypadku i preparaty drobnowidowe, które niezbicie dowodzą, że mamy do czynienia z naciekiem rakowym. We wszystkich przypadkach, jakie operowaliśmy we Lwowie (przypadki prof. Mikulicza, Ziembickiego, Schramma i Wehra — razem do 50) mieliśmy do czynienia zawsze z rozpadającym się, wybitnym i daleko posuniętym rakiem tak, iż w większej części przypadków musiano wyciąć część ściany pochwy a nawet i część pęcherza. Jeżeli zasadą chirurgiczną jest dzisiaj operować raka w najwcześniejszym jego okresie, ażeby mieć nadzieję doszczętnego wyleczenia, to przypadek przytoczony z tego względu ma wielkie znaczenie, żeśmy tej zasadzie zadość uczynili a dalszy przebieg i brak recydywy w tym właśnie przypadku rozstrzygnąłby, o ile jest pewnem całkowite wyłuszczenie macicy w początkowym okresie raka.

Kol. Sielski ostrzega przed stósowaniem w praktyce zapatrywania kol. Skałkowskiego, że w rozpoznawaniu wątpliwych przypadków raka części pochwowej macicy powinno rozstrzygać raczej badanie kliniczne, nie zaś badanie drobnowidowe. Obraz kliniczny jest często zwodniczy i naraża nas na omyłki. Na dowód przytacza przykłady. Dlatego przed operacyą tej doniosłości, jak wyłuszczenie macicy, wymagamy dowodu prawdziwości rozpoznania za pomocą mikroskopu. Jestto zasada ogólnie dziś przyjęta. Landau wystąpiwszy przed kilku laty z podobnem zapatrywaniem, jak dziś kol. Skałkowski, nie przekonał nikogo i sam zamilkł. Przypadek omawiany na dzisiejszem posiedzeniu, badał kol. Sielski przed kilku tygodniami, rozpoznał klinicznie również raka i polecił również wyłuszczenie macicy. Atoli wobec okoliczności, że badanie drobnowidowe nie potwierdziło rozpoznania klinicznego, nie uważał się za uprawnionego do wspomnionej operacyi, lecz doradzał odjęcie nadpochwowe szyjki macicy t. j. operacyą wykonywaną z najlepszymi stosunkowo wynikami przez szkołę Schröderowską w przypadkach raka ograniczonego na część pochwową macicy. A doradzał tę operacyę pomimo ujemnego wyniku badania drobnowidowego dlatego, że owrzodzenia przy tak znacznem zgrubieniu części pochwowej, o guzowatej powierzchni, jak w przypadku, o którym mowa, od lat kilku leczone, lecz ciągle się powtarzające, mogły być z czasem dla chorej źródłem poważnego niebezpieczeństwa.

Z okoliczności, że obecnie udowodnił kol. Wehr, że w danym przypadku rozpoznanie kliniczne okazało się prawdziwem a badanie mikroskopowe przed operacyą zawiodło, nie należy wysnuwać wniosku, że badanie kliniczne powinno być dla nas rozstrzygającem bez względu na wynik badania drobnowidowego. W przypadkach, w których mimo

badania drobnowidowego zachodzą jeszcze wątpliwości, należy badanie to powtórzyć. Przykład podany przez kol. Skałkowskiego, mający udowodnić, że badanie drobnowidowe nie zawsze daje wyniki pewne, mianowicie przykład Virchowa z cesarzem niemieckim Fryderykiem, pokazuje, jak się na roztrząsaną właśnie kwestyę badacz tej miary jak Virchow zapatruje. Virchow nie mając dowodu drobnowidowego nie odważył się rozpoznać raka.

Kol. Bylicki: Początkowe okresy raka macicy posiadają wybitne i właściwe sobie cechy, stosownie do tego, zkąd rak bierze swój początek. Dlatego też przypominam, że rakowiec części pochwowej, który ma bardzo małą dążność do szerzenia się w górę czyli na błonę śluzową szyi macicznej, przedstawia jedynie tę formę, w której można ograniczyć się na odjęciu części pochwowej lub wysokiej amputacyi szyi. Rakowiec zaś błony śluzowej szyi w początkowych nawet okresach zajmuje cały obwód szyi i może wywołać zmiany bardzo znaczne a nie przekraczać granicy ujścia zewnętrznego. Przypisywana zaś ujściu wewnętrznemu macicy pewna własność tworzenia granicy, której ma zwyrodnienie nie przekraczać, utrzymuje się tylko do pewnego czasu tak, że zwyrodnienie szerzy się potem bez przerwy na jamę macicy. Ze względu zaś na skłonność do rychłego szerzenia się i w otaczającą tkankę łączną ta forma raka bezwzględnie wymaga całkowitego wycięcia macicy.

Forma trzecia czyli rak miąższowy, t. j. guzek rakowy części pochwowej, wcześnie już nie tylko przez ciągłość, ale i przez przerzut pojawić się może w sąsiedztwie i również wymaga operacyi najradykalniejszej.

W praktyce naszej nader rzadkimi są przypadki, w których co do złośliwości zmian zachodzą wątpliwości a to z tego powodu, że chore przychodzą najczęściej z tak rozwiniętem już zwyrodnieniem, że same wywiady już prawie z pewnością świadczą o raku a po zbadaniu palcem, bez użycia innych sposobów badania, istota choroby staje się pewną. Wątpliwości zaś najczęściej nasuwają się w tych przypadkach, w których zmiany nieco lub w znaczniejszym stopniu do zwyrodnienia rakowego podobne, najczęściej niem nie są, co wielokrotnie miałem sposobność stwierdzić. Pewne zmiany, jakie przedstawia nadżerka części pochwowej, mianowicie pozorne rozstrzępienie utkania przez głębokie zapuszczanie się wypustek gruczołowych, szczególnie wobec przedarcia szyi i wywinięcia się warg macicznych *(ectropium)*, lub wzniesienie nadżerki ponad sąsiedztwo, mogą budzić podejrzenie a wyniki leczenia erozyi i w tych przypadkach najczęściej dowiodą dobrotliwości zmian.

Forma trzecia, mianowicie guzek rakowy w początkowych okresach może zupełnie tak się przedstawiać, jak ograniczony, guzkowaty przerost części pochwowej, lub ten ostatni znowu nie będąc zwyrodnieniem złośliwem może w ten sposób zniekształcić część pochwową, iż łatwo możemy popaść w błąd, rozpoznając zwyrodnienie złośliwe tam, gdzie go niema.

W każdym razie wobec raka badanie palcem bywa najważniejszem. Tam, gdzie badanie palcem wykaże niewątpliwe cechy raka, inne sposoby badania stają się zupełnie podrzędnymi.

Nie dziwię się zadowoleniu kol. Skałkowskiego z przypadku, w którym mógł wykonać doszczętnie operacyą we wczesnym okresie guzka rakowego. Pomimo to jednak rokowanie w tym przypadku uważam za bardzo wątpliwe, gdyż nawet znaczne zmiany, jakie wytwarza rakowiec części pochwowej, pozwalają lepiej rokować po odjęciu samej części pochwowej, niż początkowe okresy guzka rakowego po wycięciu całej macicy. I ja miałem sposobność operowania wspólnie z kol. Ziembickim w przypadku zupełnie analogicznym, w którym w sześć miesięcy po zupełnem wycięciu macicy pojawił się przerzut w osierdziu, bez recydywy w miejscu operowania.

Kol. Krokiewicz dołącza uwagi o badaniu drobnowidowem i o omyłkach wynikających z tego, jakie części histolog dostaje do zbadania. Ujemny wynik badania drobnowidowego nie dowodzi zatem nieobecności raka.

Kol. Kadyi sądzi, że omyłki dałyby się łatwiej ominąć, gdyby histolog widział także chorą i był obecnym podczas próbnej ekscyzyi; wówczas bowiem mógłby się lepiej zoryentować w wycinku danym do zbadania a względnie mógłby nawet wskazać część, którą należałoby wyciąć do badania drobnowidowego.

Kol. Stroynowski przyłącza się do zdania kol. Sielskiego i nie uznaje uprawnienia do operacyi wyłącznie na podstawie klinicznego rozpoznania, bez względu na ujemny wynik badania drobnowidowego.

Kol. Wehr nie zgadza się z twierdzeniem kol. Sielskiego, jakoby nacieki wywołane skutkiem drażnienia nadżerek środkami żrącymi dawały obraz kliniczny taki sam, jak naciek rakowy. Mogą one wprawdzie wprowadzić w błąd mniej doświadczonego, jednak, jak własne doświadczenie go poucza, już kilko- lub kilkunastodniowa obserwacya i odpowiednie leczenie usuwają pomyłkę. Kol. W. nie lekceważy bynajmniej badania mikroskopowego przed operacyą, jednak znów z własnego doświadczenia dochodzi do przekonania, że tylko przy odpowiednio wielkim i z właściwego miejsca do zbadania wyciętym kawałku można uniknąć omyłek. W przypadku właśnie przedstawionym rzecz miała się tak, że objawy kliniczne i badanie palcem nie pozostawiały wątpliwości co do istoty choroby, czego dowodem, że i kol. Sielski rozpoznawał raka a zbałamuciło go badanie drobnowidowe. Z tego więc powodu nie mógłby się kol W zgodzić na zarzut zrobiony przez kol. Sielskiego i Stroynowskiego, jakoby kol. Skałkowski bez dostatecznego uzasadnienia przedsięwziął tak radykalną operacyą; gdzie bowiem chodzi o ratowanie życia, tam zabieg nie przedstawiający dziś wielkiego niebezpieczeństwa jest stanowczo wskazanym. Wszakżeż sam kol. Sielski mówi, że uważał za wskazaną amputacyą szyi metodą Schrödera. Wybór zaś metody operacyjnej, t. j. czy częściowa amputacya szyi czy całkowite wycięcie macicy w raku, jest dziś jeszcze dla pewnej części lekarzy rzeczą sporną, dla większej części operatorów zaś rozstrzygniętą, gdyż przeważna część chirurgów jest za całkowitem wycięciem macicy w raku.

Kol. Skałkowski zastrzega się również przed zarzutem, jakoby lekceważył badanie drobnowidowe, którem sam się wiele zajmuje. Kol. S. chciał jednakże zwrócić uwagę na ważność badania klinicznego i przestrzedz przed czynieniem wszystkiego zawisłem od mikroskopu, nawet w przypadkach tak wybitnych, jakim był ten, o którym mowa. (Według autoreferatów).

Na tem Zgromadzenie zakończyło swą czynność.

Sekretarz: *Dr. Bory.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25. Maja 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Zapowiedziano dotychczas następujące wykłady i zdania sprawy

W sekcyi chorób skórnych i wenerycznych:

Dr. Elsenberg: O chorobach skórnych pochodzenia nerwowego.

Dr. Chrzanowski: Wyniki leczenia kiły metodą Łukasiewicza.

Dr. Finger: Temat zastrzeżony.

Dr. Garsztka: O wpływie influency na kiłę.

Dr. Dembiński: O przerzutach genokoków.

Tenże: O leczeniu wstrzykiwaniami rtęci, referat.

Dr. Reiss: Temat zastrzeżony.

Dr. Szadek: Stan zdrowia matek płodzących z kiłowemi ojcami dzieci zakażone? do dyskusyi.

Tenże: Czy wsteczne zakażenie się takich matek od płodu jest możliwem?

Dr Uhma: Wstrzykiwania sublimatu metodą Baccellego.

— Kurs ćwiczeń praktycznych w bakteryologii dla lekarzy praktycznych i powiatowych rozpocznie się w Zakładzie higienicznym krakowskim (ulica Strzelecka Nr. 7.) dnia 1. Czerwca i trwać będzie do 1. Lipca. Zgłaszać się można w celu udziału ustnie lub listownie. Godziny zajęć wczesne ranne lub wieczorne od 6—8. W czasie wolnym od wykładów, każdy uczestnik może pracować w Zakładzie od 9—1 rano i od 3—6 po południu. Pożądane są mikroskopy własne z immersyą. *Dr. O. Bujwid.*

— Dowiadujemy się w ostatniej chwili, że powołany na pierwszem miejscu (lecz jeszcze nie mianowany) na katedrę chirurgii w uniwersytecie wiedeńskim, opróżnioną przez śmierć Billrotha, profesor z Heidelberga Czerny, który powołanie to przyjął, przybył na miejsce w celu obejrzenia pola przyszłego swego działania a nawet przedstawił swe warunki, przyjęte życzliwie przez kompetentne władze, nagle i niespodziewanie odmówił przyjęcia katedry, o której mowa.

Jak wiadomo, na drugiem miejscu przedstawiony był profesor Gussenbauer z Pragi a na trzeciem prof. Mikulicz z Wrocławia.

— Podczas epidemii ospy w Anglii w latach 1892 i 1893 było w jedenastu miastach 2.551 przypadków ospy, z nich 2.177 u szczepionych z 90 przypadkami śmierci, co odpowiada 4·10% i 374 u nieszczepionych, z których 127 czyli 33·9% zakończyło się śmiercią.

— **Nekrologia**. Dr. Ludgard Gąsiorowski, lekarz zakładu karnego w Stanisławowie, zmarł dnia 21. Maja r. b. w 46. roku życia po krótkiej chorobie.

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Bezimienny prenumerator w W. i Dr. O. W. we L. Sprawa przez Szan. kolegów w Ich pismach do redakcyi poruszona była już nieraz przedmiotem narad Komisyi redakcyjnej *Przeglądu Lekarskiego*, lecz pokazało się, iż na tem polu nic zmienić nie można; mimo tego postanowiła komisya redakcyjna raz jeszcze zastanowić się nad tem w duchu życzenia Szan. kolegów, które najzupełniej podziela.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI. klasy, z systemizowanemi dla niej poborami, względnie opróżnić się mogącej posady pogranicznego oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do **20. Czerwca 1894 roku.**

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymaganej rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. Nr. 37. Dz. ust. pań., metrykę urodzenia, tudzież dowód znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci pozostający już w służbie rządowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące Starostwo, a we Lwowie i Krakowie przez Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 16. Maja 1894. 133—1—1

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryusza i lekarza domowego w izraelickim szpitalu i przytulisku kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszem konkurs.

Z posadą tą, którą nadaje się na przeciąg 3 lat połączoną jest roczna płaca 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Ubiegający się winni się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich względnie doktora medycyny i chirurgii, tudzież znajomością języka polskiego, a mają kompetenci stanu wolnego pierwszeństwo przy obsadzeniu tej posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżej statut szpitala.

Podania kompetencyjne wnosić należy najpóźniej po koniec Czerwca 1894 roku do kancelaryi Zboru izrael. przy ul. Rzeźnickiej l. 5. we Lwowie.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów, dnia 15. Maja 1894. 132—3—1

Radlauer'a Antinervin (Peptonizowany Salicylobromanilid) najnowsze *antineuralgicum, antinervinum* i *antipyreticum* w postaci proszku, zastępuje we wszystkich przypadkach antipirynę i nie ma szkodliwego ubocznego działania. Antinervin jest 4 razy tańszy od antipiryny. 100 grm. = 2 złr. 50 ct.

Radlauer'a Somnal tylko w postaci płynnej jest najskuteczniejszym i najmniej szkodliwym środkiem nasennym. Przy długotrwałem nawet stosowaniu nie wywiera szkodliwego ubocznego działania. Radlauer'a Somnal przewyższa szybkością działania Chloral i Sulfonal. 100 gr. kosztuje 2 złr. 50 ct.

Dra Friedlaender'a Pepsin-Salzsäure-Dessert-Dragées są najlepszym preparatem pepsynowym. Każda pigułka zawiera 0,1 czystej pepsyny i jedną kroplę kwasu solnego. Flakon kosztuje 1 złr. i 2 złr.

Radlauer'a antyseptyczne perełki do desynfekcyi jamy ustnej, gardzieli i migdałków, środek profilaktyczny przeciw błonicy i przy zakaźnych nalotach na migdałach. Doza kosztuje 60 ct.

Radlauer'a środek przeciwko tasiemcowi składa się z 18 kapsułek z Extract. filicis aeth. Kussiny i olejku rycinowego. Pewne działanie w pół godz. po użyciu. Pudełko kosztuje 2 złr.

S. RADLAUER, Kronen-Apotheke Berlin W., Friedrichstr. 160.

Nabywać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych. Skład w Krakowie u aptekarza **Wiktora Redyka.** 104—8—3

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA"

MARYANA ZAHRADNIKA

W ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane

przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk.

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20. 1 złr. 60 ct.

Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 1 złr. 60 ct.

„ 0·10. „ „ „ 0·20 2 złr. 20 ct.

„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 2 złr. 60 ct.

„ 0·05. Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.

Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 1 złr. 20 ct.

„ 0·05 „ „ 0·20 Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.

„ 0·10 „ „ 0·20 1 złr. 50 ct.

„ 0·05 Morrhuol 0·20 2 złr. 20 ct.

„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 1 złr. 20 ct.

„ 0·05 „ „ 0·20 Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.

Morrhuol (Mercis) 0·20 2 złr.

Myrtolum (Mercis) 0·15 2 złr. 50 ct.

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea"** lub **firmy „Zahradnik"** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

60—x—11 *Maryan Zahradnik.*

Tabletki z wyciągiem kaskary

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności. Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. **Cały słoik kosztuje 50 centów,** lecz i na sztuki nabyć można.

Tabletki z węglanem gwajakolu

po 0·025, również uznane i do stosowania zalecone przez Komisyę przemysł. Tow. lek. krak.; słoik zawierający 25 sztuk kosztuje 1 złr.

Wino kaskarowe 71—25—8

bez goryczy przyrządzone na winie Lacrima Christi, cena butelki 1 złr.

Dra Knorra Antipyrin

Marka ochronna „Lew".



(patentowany)

wypróbowany i przez powagi zalecony środek przeciw chorobom gorączkowym, bólom głowy, newralgii, kokluszom, migrenie, reumat. (pląsawicy), obrzmieniom aorty, udarowi słonecz. influenzie, grypie. Używać tylko Antipyryny Dra. Knorra „Lew".

Tuberculocidin 100 prct. }
„ E. 100 prct. } Prof. Klebsa.

w ilości od 2, 5 i 10 ccm. w cenie M. 5·— za ccm.

Bliższe szczegóły o sposobie użycia zawiera broszura prof. Klebsa, na żądanie wysyłamy gratis.

Tuberculinum Kochii w flaszeczkach od 1 ccm. a M. 6.— we flaszeczkach po 5 ccm. a 25·— M.

Dermatol wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Bezwonny środek leczniczy na rany, w wielu przypadkach zastępujący jodoform.

Zewnętrznie. Dermatol jest to środek zmniejszający czynność wydzielniczą i wskutek tego działający jako środek wysuszający i przyspieszający gojenie rany. Nietrujący. Używa się w mieszaninach lub czysty.

jako przysypka: Dermatol.	jako proszek do nóg Rp. Dermat. 20·0
Amylum aa.	Talc. venet. 70·0
	Amyl. 10·0
Maść 10—20%.	DS. Proszek do zasypywania
Dermat. Collodium-Emulsion 10%.	Gaza Dermatolowa: 10 i 20%.

Wewnętrznie. W chorobach żołądka i jelit. Według prof. Colasanti (Rzym) najlepszy i najpewniejszy Anthidiarrhoicum nowszych czasów. — 0.2—0·5 jako proszek do 2·0 dziennie.

Agathin (podany do opatentowania). Wynalazek Dr. J. Roos. Wielokrotnie zalecany środek przeciw newralgii. Niezrównany w ischias, ze skutkiem używany w ostrych chronicznych reumatyzmach i newralgiach rozmaitego rodzaju.

Alumnol Wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Łatwo rozpuszczalny adstringo antisepticum, skuteczny na jątrzące rany abcessy, w Endometritis gonorrhoica, zwykłym Fluor, w ostrych zewnętrznych jakoteż chronicznych zapaleniach skóry, w Otitis media. (Używa się w proszku, rozczynach, maści, plastrach i t. p.).

Jedyni fabrykanci 5—26—11

Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning, Höchst am Main.

JAWORZE na Śląsku austr. (Ernsdorf).

Zakład wodoleczniczy i żętyczny. Sezon od Maja do końca Września. Nowo urządzony Pensyonat leczniczy otwarty cały rok. — Stacya kolei, poczta i telegraf w miejscu.

88—16—7 *Dr. Edmund Kowalski.*

Pillul. Kreosoti à 0·05

Pillul. Kreosoti à 0·025

Pillul. Guajacoli à 0·05

Pillul. Kreosoti 0·02 i Acid. arsenicosi 0·0005 przepisu prof. Dra Korczyńskiego.

Granulae Natr. arsenicos. à 0·001.

W. Bełdowskiego

Wyroby te znane już i cieszące się ogólnem zaufaniem P. P. Lekarzy, gdyż swą rozpuszczalnością przewyższają wszystkie dotychczas znane wyroby tego rodzaju

poleca 55—52—19

Władysław Bełdowski, magister farmacyi.

Na składzie utrzymują wszystkie apteki.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 2. Czerwca 1894 r. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolff, *w Paryżu* p. Adam 81. Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do etyologii wad sercowych.

Podał

Dr. Ludomił Korczyński,

asystent tejże kliniki.

Etyologia wad sercowych stanowi dziś kwestyę pozornie prawie zupełnie zamkniętą. Punktem wyjścia dla nich są albo sprawy zapalne ostre w śródsierdziu, wywołane sadowieniem się na niem drobnoustrojów (Weichselbaum[1]), Fränkel i A. Sänger[2]), sprawy zapalne przewlekłe na zastawkach, albo też zmiany miażdżycowe przenoszące się z błony wewnętrznej tętnicy głównej na śródsierdzie, sprawa, która najczęściej dopiero we wieku podeszłym znaczniejszą odgrywa rolę. Ważniejszemi są wady zastawkowe we wieku młodym. Wywołujące je zapalenie śródsierdzia powstaje w bardzo przeważającej liczbie przypadków wśród i w następstwie chorób zakaźnych. Na pierwszem miejscu wymienić należy ostry gościec stawowy, dalej dur brzuszny i osutkowy, odrę, ospę, płonicę, błonicę, czerwonkę, rumień guzkowy, wreszcie sprawy przebiegające z ropieniem, jak sprawy połogowe, sprawy ropne w skórze i błonach śluzowych i t. d., wśród których pojawiające się zapalenie śródsierdzia uważać należy według współczesnego stanowiska nauki za wynik zakażenia najczęściej wtórnego, rzadziej mięszanego. Do tego samego działu zaliczyć należy zapalenia śródsierdzia w przebiegu zapalenia płuc, opłucnej, osierdzia a nawet zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis*), o ile nie jest przyrody zatorowej, jak nie mniej zapalenia śródsierdzia w przebiegu wiewióra (rzeżączki) i kiły.

Do rzadszych natomiast należą przypadki pierwotnego zapalenia śródsierdzia, dosyć jednak często opisywane i spostrzegane, które dlatego tylko nazywane bywają zapaleniami pierwotnemi, że nie można ani z wywiadów za życia, ani z wyniku badania pośmiertnego wykryć dostatecznej przyczyny, któraby powstanie ich tłómaczyła. I dla tych zapaleń istnieć jednak muszą pewne podstawy, których nie rozświeca badanie anatomiczne ani bakteryologiczne, a na które pewne światło rzucić może tylko spostrzeganie kliniczne.

Śledząc te właśnie wady zastawkowe, gdzie ani wywiady nie wykazują przebycia choroby zakaźnej, ani też najściślejsze badanie nie wykazuje nigdzie żadnego ropienia, choroby nerek, zapaleń w sąsiedztwie serca, zboczeń w składzie krwi i t. p., w pokaźnej liczbie przypadków tak zwanych pierwotnych czyli idyopatycznych wad sercowych zastawkowych przecież wynaleść można pewne okoliczności, które wprawdzie nie tłómaczą dostatecznie właściwej podstawy choroby, ale rzucają pewne światło na sposób ich powstawania i na przyczyny bliższe lub dalsze, które do nich usposabiają.

Tu należą przedewszystkiem wady sercowe, które z tak wielkiem upodobaniem rozwijają się w przebiegu błednicy, osobliwie w okresie pokwitania lub sprawy płodzenia, zapalenia śródsierdzia u osób z wrodzoną wąskością tętnic, skrzywieniami kręgosłupa znaczniejszego stopnia, zapaleń, które powstają w następstwie nadmiernych wysiłków fizycznych, nadużywania środków podniecających trwale czynność serca, wśród nadmiernego odżywiania się, wreszcie w następstwie urazów, które zadziałały na klatkę piersiową.

I układ nerwowy zdaje się, że odgrywa niepoślednią rolę w etyologii tych wad sercowych, których przyczyna anatomiczna polega na zapaleniu śródsierdzia na zastawkach sercowych. Wszakże tak względnie często spostrzega się, że chorzy, którzy przez szereg lat okazywali objawy tylko tak zwanego nerwowego bicia serca, lub u których bicie serca było następstwem pewnych spraw odruchowych, okazują ostatecznie wybitne objawy wad zastawkowych, tak samo jak się to dzieje u osób, które czas dłuższy podlegały mocnym wrażeniom psychicznym, lub narażone były na częste

[1]) Zur Aetiologie der acuten Endocarditis (Centrbl. für Bacterienkunde und Parasitenlehre. Band II. Nr. 8).

[2]) Untersuchungen über die Aetiologie der acuten Endocarditis. (Virchows Archiv 1887. Band 108).

wzruszenia umysłowe. Wady zastawkowe w ujściu tętniczem lewem tak często spotykane w wiądzie rdzenia pacierzowego, jak nie mniej wady zastawkowe wśród zboczeń nerwowych towarzyszących często okresowi ustawania miesiączki, wreszcie wady zastawkowe w przebiegu hipochondryi, neurastenii lub histeryi dowodzą niewątpliwie, że zmiana funkcyj układu nerwowego, jeśli nie stanowi ostatecznej przyczyny, to w każdym razie wielce usposabia do zapaleń śródsierdzia a tem samem do powstawania wad sercowych.

Jedną z takich chorób, uważanych za nerwice, jest choroba Basedowa. Przerost a względnie rozstrzeń serca w przebiegu tej choroby należy nie tylko do codziennych zjawisk, ale nawet w pewnym stopniu do objawów rozpoznawczych. Rozstrzeni serca, osobliwie lewego odpowiadają tak często w chorobie tej spostrzegane objawy względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, rzadziej zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, tak samo jak nadmierna rozstrzeń komórki prawej, następowo się rozwijąca wywołać może objawy względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej.

Daleko rzedziej spostrzegano w przebiegu choroby Basedowa istotne wady zastawkowe, które polegały na istniejącem lub przebytem zapaleniu śródsierdzia.

Odkładając na później zestawienie przypadków choroby Basedowa, spostrzeganych w klinice profesora Korczyńskiego, opiszę na razie jeden przypadek, w którym związek przyczynowy między tą nerwicą a zapaleniem śródsierdzia wydaje się niewątpliwym tak na podstawie spostrzeżeń klinicznych, jakoteż na podstawie badania anatomicznego, a gdzie właśnie można było uchwycić zaostrzenie się zapalenia śródsierdzia od nerwicy sercowej zależnego. Przypadek ten zresztą jest poniekąd zajmujący pod względem rozpoznania i przebiegu choroby.

A. Sł., lat 28 licząca, służąca, neofitka, przyjęta do kliniki 20. Listopada 1892. Podaje, że od 21-go roku życia nie czuje się tak zdrową i silną jak dawniej, łatwo się nuży, miewa zawroty głowy, doznaje duszności i kaszlu. Znaczne pogorszenie rozpoczęło się przed trzema tygodniami powiększeniem się dawnych przypadów a wystąpieniem kłócia w boku prawym i napadów mocnego bicia serca. Gośćca stawowego, ani też innych chorób zakaźnych nigdy nie przechodziła. Raz jeden rodziła; poród i połóg odbyły się prawidłowo. Okoliczności, w których znajdowała się chora, były od długich lat przykre; wywołało je przedewszystkiem odsunięcie się rodziny skutkiem tego, że będąc niezamężną zaszła w ciążę i że porzuciła swoje wyznanie. Wpływy te i śmierć dziecka miały według opowiadania chorej przyczynić się w znacznej części do powstania obecnej choroby.

Badanie przedmiotowe wykazywało: Osoba budowy średniej, licho odżywiona; skóra woskowo-biała. Gałki oczne wystają nieco z oczodołów; objawu Graefego ani Stellwaga nie dostrzeżono. Wyraźne tętnienie tętnic dogłowowych. Żyły szyjne znacznie wypełnione. Gruczoł tarczykowy miernie powiększony, miękki, podatny, tętniący; przy osłuchiwaniu jego słabe szmery naczyniowe (buczenie żylne i szmer skurczowy tętniczy).

Klatka piersiowa długa, płaska, mało ruchoma. Z tyłu po stronie prawej w szczycie nieznaczne przytłumienie odgłosu, poniżej odgłos wszędzie nieco przytłumiony i nieco bębenkowy. Przysłuchem rozległe furczenia, w częściach dolnych nieliczne rzężenia, w pasze tarcie opłucnowe. W płucu lewem zmian nie ma. Kaszel niezbyt częsty, krótki, plwocina w miernej ilości, śluzowo-ropna, gdzieniegdzie z żyłkami krwi.

Uderzenie końca serca przesunięte na zewnątrz i ku dołowi, wyczuwalne w większym obszarze; czynność serca powiększona, przyspieszona i nieregularna. Rozmiary stłumienia tak w wymiarze osiowym, jak poprzecznym powiększone. Nad komorą lewą słabe szmery, zresztą wszędzie głuche tony. Tętno sprychowe w porównaniu z mocnem tętnieniem tętnic dogłowowych bardzo słabo napięte, przyspieszone, do 100 uderzeń na minutę, niemiarowe.

Wątroba macalna o brzegu miernie zaokrąglonym, niezbyt twardym, bolesnym. Śledziona niepowiększona. W jamie brzusznej mała ilość wolnego płynu. Na kończynach dolnych obrzęk surowiczy. W moczu ślad białka bez składników morfotycznych w osadzie. Obraz sfigmograficzny tętna wykazuje słabe napięcie obok wyraźnej arytmii. Ciepłota ciała w ciągu dnia dochodzi najwyżej do 37° C.

Z dalszego przebiegu zapisano:

22. Listopada. Stan ogólny taki sam, jak poprzednio. Czynność serca przyspieszona, nieregularna, tętno 96. Nad komórką lewą w miejsce szmerów głuche tony.

23. Listop. Chora wykrztusza plwociny krwawe w znacznej ilości. W płucach obok zmian dawniejszych stłumienie odgłosu w dalszym płacie płuca lewego, w temże miejscu rzężenia nierównobańkowe i dużo furczeń. Czynność serca ciągle przyspieszona i nieregularna. Objawy rozstrzeni trwają dalej. Tętno słabe, niemiarowe, 104 uderzeń. Ciepłota podniosła się do 37·2° C. Oddechy nasilone 30 na minutę. Na kończynach obrzęk większy. W ciągu następnych dni czterech ważniejszych różnic w stanie chorej nie dostrzeżono.

28. Listop. W płucu lewem w tylnych dolnych częściach odgłos przytłumiony, w płucu prawem z tyłu u dołu odgłos zupełnie stłumiony i czczy a nadto przytłumienia z większem lub mniejszem nasileniem w płacie górnym i środkowym. Szmery oddechowe po stronie prawej z tyłu w dole zniesione, zresztą w całej klatce piersiowej szorstkie lub nieoznaczone; obok tego sporo rzężeń nierównych, niedźwięcznych, zwłaszcza w płacie dolnym płuca lewego. Oddechy nasilone, 36 na minutę. Chora wiele kaszle i odkrztusza znaczne ilości plwociny krwawej. Uderzenie serca rozlane dochodzi na zewnątrz aż do linii pachowej przedniej. Stłumienie serca w obu wymiarach powiększone do 13 cm. Tony głuche; ton drugi nad tętnicą główną względnie najwyraźniejszy. Czynność serca nieregularna, przyspieszona; tętno małe, 110 uderzeń na minutę. Objawy zastoju w krążeniu wybitne: sinica na twarzy i kończynach górnych, na kończynach dolnych znaczny obrzęk surowiczy, w jamie brzusznej płyn wolny w większej ilości. Ciepłota ciała stale niska.

W ciągu dni następnych utrzymuje się stan jednakowy. Czynność serca stale przyspieszona, nieregularna; od czasu do czasu napady bicia serca, podczas których tętno staje się tak częstem, że nie daje się policzyć.

9. Grudnia. Odżywienie chorej bardzo liche, siły z każdym dniem gorsze. W płucach zmiany rozleglejsze, z tyłu, po stronie prawej, w dole odgłos wypukowy zupełnie stłumiony; szmerów tamże prawie zupełnie nie ma. Plwocina krwawa w ilości bardzo znacznej. Stan taki utrzymywał się do 15. Grudnia do godziny 9-ej rano, w którym to czasie chora żyć przestała.

Rozpoznanie było: *Morbus Basedowi in stadio incompensationis (degeneratio musculi cordis, dilatatio cordis) cum infarctibus pulmonis utriusque subsequente pleuritide dextra.*

Rozpoznanie choroby Basedowa oparto na następujących objawach: 1) Stałem przyspieszeniu czynności serca i rozstrzeni obu połów serca; 2) powiększeniu gruczołu tarczykowego ze znamionami wola naczyniowego; 3) na wystawaniu gałek ocznych.

Dla wytłómaczenia niedomogi serca, która nie dała się wyrównać żadnymi lekami nasercowymi i podniecającymi, przyjęto zwyrodnienie mięśnia sercowego. Wpływów usposabiających do choroby Basedowa nie brakło w życiu chorej, jak o tem świadczą wywiady.

Rokowanie przedstawiało się już w pierwszych dniach pobytu chorej w klinice niepomyślnie. Rozstrzeń i niedomoga serca, na którą wszystkie środki podniecające i nasercowe żadnego nie wywierały wpływu, wykluczały możność, aby nastało wyrównanie w krążeniu.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chirurg. prym. Dra Ziembickiego we Lwowie.

Macica jednorożna z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Podał

Dr. Bronisław Skałkowski,

b. asystent i operator kliniki prof. Chrobaka w Wiedniu, lekarz chorób kobiecych i akuszer we Lwowie.

Wielka rzadkość wad rozwojowych narządu płciowego kobiecego, których przyczyna tkwi w nieznanych nam bliżej zboczeniach w początkach życia płodowego, dawała często pohop do opisów nieraz bardzo szczegółowych i opracowania takich przypadków, które zresztą nierzadko tyczyły się osób mogących przedstawiać się lekarzowi jako zupełnie prawidłowo rozwinięte. Nie mamy tu na myśli przypadków obojnactwa, które pod względem czysto społecznym mogą uczynić stanowisko danej osoby dwuznacznem albo całkiem niepewnem; natomiast chcemy mówić o częstym u kobiet braku dokładnego rozwoju części płciowych, który wywołując jużto zboczenia czysto patologiczne, już też upośledzenie pod względem płciowym, zmusza te osoby do szukania rady lekarskiej. Do najczęstszych tego rodzaju wad należy bezwątpienia zamknięcie pochwy błoną dziewiczą (*atresia hymenalis*), które nie dozwala spółkowania i wywołuje zboczenia podczas miesiączkowania z następowymi stanami chorobowymi, jak krwistekiem pochwy, macicy (*haematocolpos*, *haematometra*) i t. d.

Jeżeli przedstawimy sobie rozwój tych organów z przewodów Müllera, pojmiemy, jak powstać mogą różnego rodzaju wady według tego, czy zboczenia wystąpiły w jednym tylko, czy też równocześnie w obu przewodach Müllera i to w górnej albo w dolnej części tak, że li tylko przez czysto teoretyczne kombinacye możnaby wymienić rozmaite wady rozwojowe części płciowych kobiecych, z których jednak w praktyce nie spostrzega się wszystkich.

Ogólny brak części rodnych, sprawa według Schrödera (*Handbuch der Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane*. 1886. str. 32—33) nadzwyczaj rzadka, objawów chorobowych nie sprowadza; osoby takie mogą czuć się zdrowemi zupełnie, gdy nieprawidłowo rozwinięte części płciowe stają się prawie zawsze powodem różnych stanów chorobowych. Już samo rozpoznanie takich stanów patologicznych natrafia niekiedy w praktyce na znaczne trudności, tem trudniejszem zaś staje się rozpoznanie wtedy, gdy w tak już z natury niezupełnie wykształconych narządach wystąpią jeszcze stany chorobowe.

Taki ze względu na objawy, rozpoznanie i terapię ze wszech miar ciekawy przypadek jest przedmiotem niniejszej pracy.

Rozalia St., licząca 18 lat, stanu wolnego, wyrobnica, w dniu 3. Września 1892 roku przyjętą została do szpitala powszechnego we Lwowie do oddziału chorób kobiecych.

Wywiady wykazały, że chora pochodzi z rodziny zdrowej, cięższych chorób w życiu nie przebywała. Pierwsza regularność wystąpiła w 16. roku życia i odtąd występowała w równych odstępach czasu co cztery tygodnie bez żadnych chociażby najmniejszych dolegliwości, sześć razy z rzędu, to jest przez sześć miesięcy, poczem już chora więcej jej nie miała. Od tego czasu, to jest od czasu ostatniej regularności czuje się słabą. A mianowicie w równych odstępach czasu, odpowiadających dawniej pojawiającej się regularności, uczuwa chora nader mocne bóle w brzuchu, które coraz więcej wzmagając się doprowadziły chorą od roku do stanu ciągłego niedomagania, tak, że obecnie doznaje ciągłych bólów w podbrzuszu szczególnie po stronie prawej, co wraz z ogólnem osłabieniem nie dozwala chorej codziennej pracy. Przypady te skłoniły chorą do szukania porady w szpitalu.

Stan obecny: osoba wzrostu średniego, dość dobrze odżywiona, czerstwo wyglądająca, o silnej budowie kości, nie przedstawia żadnych zboczeń w ogólnym rozwoju ciała. Badanie organów wewnętrznych zmian znaczniejszych nie wykazuje. Sutki dobrze rozwinięte o wydatnych brodawkach. Skóra brzucha gładka, o grubej podściółce tłuszczowej blizn nie okazuje. Budowa kości miednicy o typie wybitnie kobiecym. Brzuch w całości wklęsły; tylko po stronie prawej w dolnej swej części jest wypuklony przez guz dokładnie dający się ograniczyć, który poczynając się na dwa palce powyżej prawego więzu Pouparta, sięga do wysokości pępka, nie przekracza na wewnątrz linii środkowej ciała, dochodząc na zewnątrz do przedłużenia prawej linii pachowej przedniej. W całości guz ten konsystencyi elastycznej daje niewyraźne uczucie chełbotania i jest za dotykaniem się nieco bolesny; poruszalność jego nieznaczna. Za dokładniejszem obmacywaniem dają się w tym guzie rozróżnić wyraźnie dwie części, z których jedna o ścianach zupełnie gładkich jest więcej kulista, druga zaś mniejsza kształtu kiełbasowatego leżąca na części pierwszej i nieco powyżej niej, okazuje na przedniej swej ścianie dwa lub trzy wręby, które jej walcowatej postaci nadają dziwaczne kształty. Połączenie obu tych części, dolnej kulistej, wychodzącej z miednicy małej i górnej kiełbasowatej, jest zupełnie ścisłe tak, że nie można zmienić ich położenia względem siebie. Bolesność za dotknięciem się jakoteż napięcie obu tych części jest jednakie. Części płciowe zewnętrzne dobrze rozwinięte; okolica wzgórka sromnego bujnym porostem włosów pokryta. Więzadło dolne utrzymane, błona dziewicza nieco naddarta od strony prawej. Wejście do pochwy wązkie, pozwala jednak na badanie wewnętrzne dwoma palcami. Pochwa dość wązka, długa, wyraźnie fałdzista, w całości więcej na lewo położona. Część pochwowa bardzo drobna, stożkowata, ujściem zewnętrznem ku górze zwrócona. Dalszy ciąg macicy bardzo małej, wybadać się daje po lewej stronie miednicy. Dokładne badanie części dodatkowych macicy, utrudnione z przyczyny długości pochwy i znacznego napięcia powłok brzusznych, wykazuje, iż one po stronie lewej powiększonemi nie są, po stronie zaś prawej wybadać się nie dadzą. Przez sklepienie prawe i przednie wyczuć się daje guz o ścianach gładkich, po którym łatwo daje się przesuwać ściana pochwy, guz będący dalszym ciągiem powyż opisanego a przez powłoki brzuszne wybadać się dającego guza, również elastyczny i za dotykaniem bolesny. Poruszalność guza tego od strony pochwy jest bardzo mała. Pomiędzy tym guzem a małą, powyż opisaną, dnem swojem ku lewej stronie zwróconą macicą, nie można wykazać związku ścisłejszego. Badanie przez kiszkę stolcową innych szczegółów nie wykazuje. Badanie za pomocą wziernika wykazuje małego stopnia nieżyt szyjki macicy i pochwy. Długość macicy, zgłębnikiem mierzona wynosi $3^1/_2$ centymetra.

Na podstawie tego badania odważyłem się przez rozumowanie z całą pewnością rozpoznać: *haematometra et haematosalpinx in cornu uteri rudimentario*.

Pozostawiając sobie dalsze uwagi na później, przechodzę do opisu operacyi, którą wykonałem w dniu 21. Października 1892 r. za łaskawą pomocą kol. Dra Festenburga w obecności prym. Dra Ziembickiego.

W narkozie chloroformowej poprowadzono cięcie w linii środkowej ciała, rozpoczynając nieco powyżej pępka a kończąc na 3—4 cm. powyżej spojenia łonowego. Po otwarciu otrzewny przyszyto ją w dolnym kącie rany do powłok zewnętrznych. Z powodu przykrej narkozy pętle jelit wysuwają się ustawicznie przez ranę w powłokach brzusznych i z tej przyczyny zmieniono zwykłe, poziome położenie chorej w ułożenie Trendelenburga. Po rozwarciu brzegów rany ukazał się po prawej stronie jamy brzusznej leżący w dole, typowo wyglądający guz trąbki prawej, wieloma zrostami po większej części wązkimi a długimi ze sąsiedztwem połączony; zrosty te oddzielono bez trudności na tępo. Z przyczyny krótkiego a szerokiego *mesosalpinx* jest ta rozszerzona trąbka w siebie samą zwinięta i otacza w ten sposób jajnik; ujście jej zewnętrzne nie daje się dobrze rozróżnić; brak tak zwanego *morsus diaboli*, ściany jej tworzą powierzchnię nierówną, pagórkowatą. Guz ten trąbki prawej odchodzi od guza większego, wychodzącego z miednicy małej kształtu gruszkowatego, który znajduje się poza otrzewną. Na granicy obu tych guzów założono dwie podwiązki mocne i pomiędzy niemi przecięto i usunięto trąbkę.

Po usunięciu jej można przekonać się dokładnie, że połowę prawą miednicy małej wypełnia guz elastyczny, kształtu gruszkowatego, znajdujący się pod otrzewną; obok zaś po stronie lewej jest poza pęcherzem moczowym mała macica zgięta ku przodowi. Macica w całości nieco w stronę lewą miednicy przesunięta ma po swej lewej stronie cienką (lewą) trąbkę i jajnik (lewy), gdy od strony prawej jest nieco wypukła a części dodatkowych strony prawej wykazać nie można.

Wobec tego po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej i desinfekcyi zeszyłem powłoki brzuszne dokładnie szwem trójpiętrowym a następnie wbiłem przez pochwę w miejscu najwięcej przez guz wypuklonem gruby trójgraniec, poczem przez wytamponowanie pochwy gazą jodoformową ubezpieczyłem kaniulę trójgrańca przeciwko wypadnięciu i zostawiłem ją komornem. Przez kaniulę wydobywać się zaczęła treść brudna, gęsta, przypominająca nieco smołkę noworodków. Wystrzykiwań żadnych nie robiłem. Przez pierwsze dwa dni wylało się około pół litra płynu gęstego, ciemnego; trzeciego dnia po operacyi wypadła kaniula a ponieważ guza przez badanie zewnętrzne więcej wybadać nie było można, postanowiłem nie robić nic, tylko przestrzykiwać pochwę płynem antyseptycznym.

Stan ogólny chorej przez cały czas po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia pomimo, iż przez pierwszych kilka dni utrzymywał się stan podgorączkowy; tętno nie szybsze niż 80 na minutę.

		Rano	Wieczór
21.	Października	—	37·3
22.	"	37·5	38·0
23.	"	37·5	38·1
24.	"	38·0	38·5
25.	"	37·3	38·3
26	"	37·7	38·2
27.	"	37·8	37·7
28.	"	37·2	38·0
29.	"	37·5	37·5
30.	"	37·5	37·5

Od dnia 31. Października ciepłota ciała utrzymywała się zawsze poniżej 37·5° C. Szwy z powłok brzusznych wyjąłem 7-go dnia; dwa szwy w dolnym kącie rany puściły, tamże utworzył się mały powierzchowny ropień.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Rozpatrując się w przytoczonym wyżej, długim szeregu przypadków, znajdujemy wiele spostrzeżeń wcale niedokładnych i nieprzekonywających, niektórym zaś spostrzeżeniom dałoby się też wiele zarzucić; niektóre tylko przypadki można zaliczyć do rzędu udowadniających pochodzenie kiły potomstwa od matki. Nie mając bynajmniej zamiaru zaprzątać się rozbiorem każdego z osobna przypadku, poprzestaniemy na pobieżnym przeglądzie niektórych tylko: w przypadku S i c k a dziedziczne pochodzenie kiły ulegało wątpliwości, ponieważ u rodziców chorego dziecka nie było żadnych objawów kiły, oraz z wywiadów nie można było powziąć żadnych wskazówek co do pochodzenia kiły dziecka. W przypadkach K o r t u m a, V a s s a l a, B o n o r d e n a, E i c h m a n a, B o e c k a i R o s e n a nie znajdujemy zgoła żadnej wzmianki o stanie zdrowia ojca a więc nie możemy tu wykluczyć udziału ojca w sprawie przekazywania kiły, oraz trudno oznaczyć dokładnie udział w wymienionych przypadkach matki. W przypadkach C a z e n a v a, L a l l e m a n d a, B e r t h e r a n d a i B a r d i n e t a chociaż matka cierpiała niewątpliwie na kiłę a więc mogła choroby udzielić potomstwu, wszakże nie możemy też wyłączyć wpływu ojca, gdyż brakowało wiadomości o jego stanie zdrowia. W niektórych przypadkach R o s e n a i B a e r e n s p r u n g a zachodzi nawet wątpliwość, czy choroba dzieci była kiłą.

Przeważająca jednak liczba przypadków zestawionych wyżej może się ostać nawet wobec ścisłej krytyki, i one też najzupełniej dowodzą pochodzenia dziedzicznej kiły potomstwa od matki; najwięcej przekonywające w tym względzie spostrzeżenia zawdzięczamy K a s s o w i t z o w i, F l i n d t o w i, F o u r n i e r o w i i N e u m a n n o w i.

Z powyższego więc wypada, iż k i ł a m a t k i w w i e l u p r z y p a d k a c h p r z e k a z u j e s i ę d z i e c i o m.

Wobec jednozgodnego prawie uznania możliwości udziału matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu dziwnie brzmiało wypowiedziane przez B e h r e n d a [1]), M a y r a [2]) i B e d n a r z a [3]) przekonanie o niemożności zapłodnienia kobiet kiłowych; utrzymywali oni, że dotknięte kiłą kobiety wskutek niepłodności nie przekazują swej choroby potomstwu i dopiero po wyzdrowieniu mogą ze zdrowym ojcem płodzić zdrowe dzieci. Nawet Z e i s s l [4]) niegdyś skłaniał się ku temu zdaniu; jeszcze mniej dorzecznem było zdanie C a p d e v i l l a [5]) utrzymującego, jakoby nabyta przed zapłodnieniem kiła matki nie udzielała się potomstwu w skutek swej niezaraźliwości (?!)

Podobne poglądy wkrótce upadły wobec licznych spostrzeżeń tyczących się kobiet kiłowych, które zachodziły w ciążę

[1]) Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. str. 247.
[2]) Wiener medizin. Zeitschrift. 1851. VII. 4.
[3]) Die Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. Wien 1853. IV. str. 239—240.
[4]) Jahrb. d. Kinderheilkunde, 1858. I. str. 56.
[5]) La Cronica de los Hospitales. 1856. str. 116.

i wydawały na świat potomstwo dotknięte wybitnymi objawami kiły dziedzicznej; Hutchinson[1]) nawet utrzymywał, wbrew twierdzeniom Behrenda, Mayra i Bednarza, iż kiłowe kobiety często bywają bardzo płodne.

Największy poczet dawniejszych autorów twierdził, iż ojciec kiłowy rzadko płodzi zakażone kiłą potomstwo, najczęściej zaś dziedziczna kiła pochodzi od matki; podobne zdania wypowiadali: Fabre[2]), Balling[3]), Collin[4]), Baumés[5]), Ducros[6]), Lallemand[7]), Vidal[8]), Parker[9]), Diday[10]), Lafont-Gouzy[11]), Trousseau[12]), Simon[13]), Marowski[14]).

Nie brakło też zwolenników teoryi, według której kiła dziedziczna nie może pochodzić bezpośrednio od ojca, lecz zawsze tylko od matki. Za wyłącznym udziałem matki w sprawie dziedziczenia kiły przemawiali z dawniejszych autorów: Vassal (l. c.), Beyer[15]), Hufeland[16]), Ingarden[17]), Cooper[18]), Bouchut[19]); wszyscy wymienieni autorowie, wyłączając Vassala, poprzestali atoli na teoretycznem twierdzeniu bez dowodów przekonywającemi spostrzeżeniami; Vassal przytoczył wprawdzie przypadek pewnej wdowy, która zaraziwszy się kiłą, spłodziła z dwoma mężami troje kiłowych dzieci, nie udzieliła jednak swej choroby mężom; innych jednak dowodów, przemawiających przeciwko pochodzeniu dziedzicznej kiły od ojca, Vassal wcale nie przedstawił.

Nieco więcej uzasadnionemi były twierdzenia Culleriera[20]), który zdanie swe o wyłącznym udziale matki w sprawie dziedziczenia kiły opierał na kilku przypadkach, dość dokładnie opisanych; tyczyły się one ojców, nawiedzonych ogólną kiłą, którzy ze zdrowemi matkami płodzili zdrowe i wolne od kiły dzieci; obok tego przytoczył Cullerier kilkanaście spostrzeżeń, tyczących się kiłowych matek, które wydawały na świat potomstwo z dziedziczną kiłą. Nie napotkawszy zaś ani razu przypadku, w którymby niekiłowa matka urodziła dziecię kiłowe, utrzymywał Cullerier, iż kiła dziedziczna wyłącznie tylko od matki pochodzić może, kiła zaś ojca, jego zdaniem, nie wywiera bezpośredniego wpływu na zdrowie dzieci i wcale potomstwu się nie przekazuje.

Notta[21]) przyszedł też do przekonania, iż dziedziczna kiła może pochodzić tylko od matki, widział bowiem 8 przypadków, w których zdrowe matki z kiłowymi ojcami płodziły zdrowe i wolne od kiły potomstwo; oprócz tego widział nieraz kiłowe matki, które wydawały na świat dzieci z kiłą dziedziczną. Wobec tego Notta zaprzecza, iżby ojciec kiłowy mógł przekazać swą chorobę potomstwu i utrzymuje, że zdrowa matka nawet z kiłowym ojcem płodzi wolne od kiły dzieci.

[1]) Étude clinique sur certaines maladies de l'oeil et de l'oreille consécutives a la syphilis héréditaire. Paris 1884. Aph. XIX. str. 234.
[2]) Etude clinique sur certaines maladies de l'oeil et del oreille consécutives à la syphilis héréditaire. Paris 1884. Aph. XIX. str. 234.
[3]) Traité des maladies vénériennes. 1775. str. 2.
[4]) Liter. Annalen der gesammten Heilkunde 1832. XXIV. str. 129—130.
[5]) Hygiea 1839. November.
[6]) Behrends Syphilidologie 1842. IV. str. 63—64, 546—547.
[7]) Tamże 1843. IV. 4. str. 46.
[8]) Archiv für Syph. und Hautkrank. 1846. I 3. str. 419—423.
[9]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. str. 506.
[10]) The modern treatment of syphilic diseases. London 1854.
[11]) l. c. str. 34 i następne.
[12]) Journal de médecine de Toulouse 1854. Avril — May.
[13]) Gaz. des hôpitaux 1855. 125.
[14]) Handbuch der spec. Path. und Ther. von Virchow 1855. III. str. 443.
[15]) Deutsche Klinik. 1863. 5. 6. 8/10: 12.
[16]) Hufelands Journal 1821. XIII. str. 109.
[17]) Tamże 1827. XXIV. str. 19.
[18]) Syphilidologie. Wien 1845. str. 133.
[19]) Theor.-pract. Vorlesungen über Chirurgie. Erlangen 1845. str. 110.
[20]) Traité pratique des maladies des nouveau-nés II. édition. Paris 1852. str. 866—867.
[21]) Mémoires de la Soc. de chirurgie 1854. IV. str. 153; Précis coniographique des maladies vénériennes. Paris 1866 str. CII.

Follin[1]) we wszystkich bez wyjątku przypadkach kiły dziedzicznej znajdywał u matek oznaki kiły, podziela więc zdanie wypowiedziane przez Culliera i Nottę.

Charriére[2]) utrzymywał, iż dziedziczna kiła zawdzięcza swe pochodzenie zawsze matce, nigdy zaś ojcu; kiłowy ojciec płodzi ze zdrową matką wolne od kiły potomstwo; na udowodnienie swego twierdzenia przytaczał kilka przypadków, tyczących się kiłowych dzieci, spłodzonych przez zdrowego ojca i kiłową matkę.

Według spostrzeżeń Langleberta[3]) matka kiłowych dzieci zawsze przedstawia objawy kiły.

Durac[4]) i Mireur[5]) także zaprzeczają ojcowskiemu pochodzeniu kiły potomstwa i przypisują matce wyłączny udział w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły dzieciom.

Jeden z obrońców teoryi Culleriera i Notty, szwedzki syfilidolog Oewre[6]) przytoczył długi szereg spostrzeżeń, które udowadniają zdaniem jego wyłączny udział matki w przekazywaniu kiły potomstwu; spostrzeżenia te tyczyły się 50 kiłowych ojców, którzy spłodzili 120 zdrowych i wolnych od kiły dzieci. Wypowiada Oewre wskutek tego stanowcze zdanie, że zdrowe matki zapłodnione przez kiłowych ojców, wydają pomimo to na świat wolne od kiły potomstwo; natomiast zaś u matek dzieci, nawiedzonych kiłą dziedziczną, zawsze można wykazać objawy kiły a więc jego zdaniem, kiła dziedziczna potomstwa pochodzić może wyłącznie tylko od matki.

Wypada tu wszakże przytoczyć, iż przeciwko twierdzeniom Oewrego wystąpił ziomek jego Abelin[7]), broniąc możliwości pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca; na udowodnienie zaś swego zdania przytoczył 7 przypadków tyczących się zdrowych matek, które z kiłowymi ojcami płodziły potomstwo z objawami dziedzicznej kiły.

Z wybitniejszych syfilidologów do rzędu zwolenników teoryi wyłącznego udziału matki w sprawie przekazywania kiły potomstwu zaliczać należy: Sigmunda[8]), Boecka[9]) Eisenschitza[10]), Sturgisa[11]), Lewina[12]) i Engelstedta[13]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Arch. génér. de médecine. 1860. I. Mars. str. 272—284.
[2]) Traité de pathologie externe 1861. I. str. 779.
[3]) La Syphilis dans ses rapports avec le mariage. Paris 1873. str. 211.
[4]) De l'hérédité de la syphilis. Thèse de Montpellier 1866.
[5]) Essai sur l'hérédite de la syphilis. Paris 1867. — Marseille médicale 1873 Juin.
[6]) Nordiskt medic. Arkiv. 1872. IV. 1. str. 1—10; 1873. V. 3. str. 1—15; 1875. VII. 14 str. 1—25.
[7]) Tamże 1872. 27 str. 1—20.
[8]) Pithas u. Billroths chirurgisches Handbuch. Syphilis von Sigmund str. 208—209.
[9]) Erfahrungen über Syphilis 1875. str. 176—177.
[10]) Wiener medicin. Wochenschrift 1873. 48. 49.
[11]) Chicago medical Times und Examiner. 1876. XXXIII, June, str. 514.
[12]) Berliner klinische Wochenschrift 1876. 2. 3.
[13]) Ugeskrift for Laeger. 1876. 3 R. XXI. 13. 14.

IV. Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę o zamieszczenie w najbliższym numerze *Przeglądu Lekarskiego* następujących wierszy:

W artykule p. t. *Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek z brukwi w ileokolostomii sposobem* Senna. *Wyzdrowienie*: (patrz *Przegl. Lek.* 1894. Nra 17, 18, 19 i 20) przytacza p. Dr. Barącz wyniki mojej pracy, przedstawione na V. Zjeździe Chirurgów polskich w wykładzie: *O wykluczaniu pętli jelitowych.*

Na str. 223 pisze p. Dr. Barącz: „Jako warunek udałego doświadczenia postawił Klecki, by zwierzęta przez cały czas po operacyi były prawidłowe, t. j. nie przechodziły ani zapalenia otrzewny, ani stanu septycznego i ażeby pętla wykluczona nie podlegała żadnym zmianom patologicznym.“ Ustęp ten zaopatrzył p. Dr. Barącz wykrzyknikiem oraz pytajnikiem.

Na V-tym Zjeździe Chirurgów polskich przedstawiłem wyniki pracy doświadczalnej, mającej na celu wyświecenie sprawy powstawania kału a więc sprawy fizyologicznej. W pracy tej stósowałem jako metodę doświadczalną wykluczanie pętli jelitowych u psów. Na podstawie rezultatów chirurgicznych, jakie w ten sposób niejako ubocznie otrzymywałem, wyrobiłem sobie o wartości tej nowej operacyi pewne zdanie, które w wykładzie swoim *O wykluczaniu pętli jelitowych* starałem się uzasadnić.

W wykładzie tym przedstawiłem wyniki pracy tyczące się sprawy fizyologicznej oraz wyniki chirurgiczne. Zarówno w przytoczonym wykładzie, jako też w *Sprawozdaniu z V. Zjazdu chirurgów polskich* (patrz *Przegl. Lek.* 1893 Nr. 34, 35), którego sam jestem autorem a na które p. Dr. Barącz powołuje się, zaznaczyłem kilkakrotnie bardzo wyraźnie (patrz str. 453, 454, 464), że głównym tematem mej pracy była kwestya fizyologiczna i starałem się wykazać, że dotychczasowe zapatrywanie się na powstawanie kału jest błędnem dla tego, że opiera się przeważnie na doświadczeniach pod względem fizyologicznym nieudałych (str. 453, 454). Nic dziwnego przeto, że przy wysnuwaniu z swej pracy wniosków, tyczących się tej sprawy fizyologicznej uwzględniałem jedynie doświadczenia udałe, czyli takie, w których udało mi się stworzyć okoliczności zbliżone do prawidłowych.

Z szeregu, złożonego z 22 doświadczeń, zaledwo 3 mogłem był uważać za udałe pod względem fizyologicznym. W pozostałych doświadczeniach zaszły komplikacye patologiczne, które sprawiły, że uważałem doświadczenia te za nieodpowiednie do wysnuwania z nich wniosków fizyologicznych, czyli za doświadczenia nieczyste. Były to właśnie te doświadczenia, w których wyniki operacyjne były złe.

Wyniki chirurgiczne mojej pracy, przemawiające na niekorzyść wykluczania pętli jelitowych, opierały się przeważnie na owych doświadczeniach, nieudałych pod względem fizyologicznym (patrz str. 454 i 464).

Tyle słów odpowiedzi na podany przez p. Dra Barącza pytajnik.

Co się zaś tyczy wykrzyknika, którego znaczenia nie rozumiem, to muszę nadmienić, że powyższa odpowiedź moja byłaby się stała zupełnie zbyteczną, gdyby p. Dr. Barącz był postawił znak ten nie obok pytajnika a tylko o 9 wierszy przed nim. Postawiony bowiem na tem miejscu wykrzyknik byłby może zwrócił uwagę autora na tę okoliczność, że odpowiedź na postawiony przez niego pytajnik znajduje się w jego własnej pracy w następujących słowach: „Klecki wykluczył u 22 psów jelito w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału, chcąc zbadać treść nagromadzoną w wykluczonych pętlach przez różny przeciąg czasu“. (Nr. 17 str. 222).

Racz przyjąć Szanowny Panie Redaktorze i t. d.

Kraków dnia 21. Maja 1894. *Dr. Karol Klecki.*

V. Oceny i sprawozdania.

Anatomia patologiczna.

Schlenker: **O pospolitości zmian gruźliczych w zwłokach ludzkich.**

Ze zmiany gruźlicze lub ślady ognisk gruźliczych znajdujemy często w zwłokach osób, u których badanie kliniczne nie naprowadzało na myśl gruźlicy, wiadomo oddawna. Według rozmaitych autorów mają u $^1/_4$ do $^2/_3$ wszystkich zwłok znajdywać się objawy lub resztki ukrytej gruźlicy.

Autor przeprowadzał badania na 100 zwłokach w ten sposób, że po dokonaniu dokładnych sekcyj, poddawał raz jeszcze płuca a szczególnie szczyty płuc, tudzież gruczoły oskrzelowe, kreskowe i szyjne szczegółowemu badaniu.

Ze 100 zwłok okazało się 66 gruźliczych. Z tych była gruźlica główną chorobą, względnie przyczyną śmierci w 53%. Cyfry te należy uważać za najmniejsze, albowiem nawet pomimo najdokładniejszego badania można przeoczyć jaką zmianę ukrytą. Autor dochodzi na podstawie wyników swych do wniosku, że gruźlica jest o wiele bardziej rozpowszechnioną, niż się to przypuszcza ogólnie i że częste są przypadki wyleczenia. Różnica między wynikami różnych autorów nie zależy według S. od różnej częstości gruźlicy w różnych krajach, lecz od rodzaju materyału tworzącego podstawę do statystyki, materyału zależnego w głównej części od warunków przyjmowania chorych do szpitala, który materyału tego dostarcza. *(Virchow's Archiv.* Tom 134.) *Dr. Beck*

Choroby zakaźne.

H. Grüneke: **O prątkach durowych w szpiku kostnym.**

W r. 1889. opisał Ebermaier 8 przypadków duru, z pomiędzy których w dwóch wykazał prątki durowe w ogniskach zapalnych około okostny; z nich jedno było ropne. Ebermaier otrzymał również prątki durowe przeszczepiając na żelatynę szpik z żeber zmarłego w dwudziestym czwartym dniu choroby, gdy przeszczepienie szpiku z kości udowej z tychże zwłok wypadło bez skutku. Grüneke prowadził te doświadczenia dalej na dziewięciu zwłokach durowych, badając zawsze szpik z żebra, w dwóch przypadkach z mostka a do kontroli służyły mu hodowle ze śledziony. W ośmiu przypadkach rozwinęły się rzeczywiście kolonie durowe, w dziewiątym zaś, u którego sekcya wykazała oczywiście już zupełnie wrzody w jelitach, po części ziarniną pokryte nie rozwinęły się bakterye durowe. Na podstawie tego utrzymuje autor, że w czerwonym szpiku kostnym w przebiegu duru brzusznego prątek Ebertha znajduje się równie stale, jak w śledzionie i sądzi, że i w szpiku kości długich również znajdują się prątki, jeśli ten szpik jest czerwony a właśnie w przebiegu chorób zakaźnych miejsce szpiku tłuszczowego zajmuje szpik czerwony, limfoidalny. Grüneke uważa więc te zapalenia kości w durze, w którym można wykluczyć zakażenie następowe, jako wywołane przez prątki durowe. Reasumując w końcu działanie prątka Eberthowskiego, powiada autor, że zwykle wywoływa on rdzeniaste nacieki w narządzie limfatycznym jelit, przypadkowo może również wywoływać proliferacyjne zapalenie w kościach i innych narządach, które przybiera w wyjątkowych przypadkach cechy

zapalenia ropnego. Prątek durowy może więc wywoływać ropienie a twierdzenie to opiera Grüneke oprócz powyższych przypadków na przypadku Stühlena. *(Berl. klin. Wchschrft.* 15. 1894). *Dr. J. Marischler.*

A. Stülen: **O zapaleniu opon durowem** *(meningitis typhosa).*

Dotychczas znano z drobnoustrojów, wywoływających ropne zapalenie opon, gronkowiec złocisty, paciorkowiec ropotwórczy oraz ziarnik zapalenia płuc Fränklowski. Znajdywano również *diplococcus intracellularis* Weichselbauma i *bacillus meningitidis* Neumanna. Prątek durowy, dotychczas przez jednych uważany jako w ogóle nie wywołujący ropienia a tem mniej zapalenia opon, znalazł Hintze w wypocinie krwotoczno-ropnej *lepto- et pachymeningitidis.* Stühlen opisuje podobny przypadek. Choroba wystąpiła u robotnika, który zachorował 28. Lipca 1893. i u którego przez całą chorobę występowały na pierwszy plan objawy mózgowe, jakkolwiek senzoryum początkowo nie było zajęte a tylko głuchota pojawiła się od początku. O wybitnej sztywności karku można było przekonać się dopiero na dzień przed śmiercią, która nastąpiła 5. Sierpnia. Sekcya wykazała ropne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych. Cała powierzchnia mózgu, szczególnie w tylnych płatach, była pokryta grubą warstwą ropy. Oprócz tego znaleziono w innych narządach zmiany właściwe dla duru brzusznego z szybkim przebiegiem. Badanie bakteryologiczne ropy z opon dało na płytkach żelatynowych i ziemniakach kolonie charakterystyczne. Jako dowód, że prątek Ebertha wywołał te zmiany w oponach, przytacza Stühlen, że tylko ten jeden gatunek mógł wyhodować z tej ropy. *(Berliner klinische Wochenschrift.* 15. 1894).

Dr. J. Marischler.

Chirurgia.

Attilio Catterina: **O resekcyach ręki i stopy.**

Autor w wyczerpującej swej rozprawie habilitacyjnej nie traktuje w równej mierze resekcyi stopy i ręki, bo gdy resekcyom ręki poświęcił 210 stronnic i tablicę, zbył resekcyę stopy tylko 46 stronnicami. Tłómaczy się to po części tem, iż resekcye ręki ważniejsze są aniżeli stopy, po części zaś, że autor sam dla resekcyi ręki podaje nową metodę. Podobnie, jak Obaliński przy resekcyi stopy, prowadzi on cięcie podłużne pomiędzy 3-cim a 4-tym palcem, przecinając wszystkie części miękkie między kośćmi śródręcza tychże palców a po stronie grzbietowej przedłuża następnie cięcie aż na przedramię. Drążąc teraz od cięcia na grzbiecie w głąb łatwo usunąć można schorzałe kości, torebkę stawową i t. d., przyczem unikać należy nadwerężenia łuku tętniczego. O łatwości wykonania tej operacyi sam się przekonałem. Zwrócić tu też należy uwagę, iż Obaliński jeszcze wcześniej w ten sposób operował, aniżeli Catterina, jednakże dotąd tego nie ogłosił.

Krótko i wyczerpująco opisuje autor dotychczas znane metody resekcyi ręki i stopy; pojąć atoli trudno, dlaczego przy resekcyach stopy pomija milczeniem metodę Obalińskiego, chociaż ją zna, bo na str. 46. przyznaje się, iż mu dała pomysł do zastósowania tegoż cięcia do resekcyi ręki a na str. 202. ciągle jeszcze pisząc o resekcyach ręki, zwraca uwagę na ujemne strony cięcia Obalińskiego. Przytaczając zaś literaturę, pomieścił prace Obalińskiego przy resekcyach ręki. Z tem wszystkiem zalecić można rozprawkę Catteriny każdemu, kto chce mieć dokładny a treściwy obraz obecnego stanu resekcyi ręki i stopy.

Przy tej sposobności przypomniał on pamięci trzech swoich rodaków, pomijanych w podręcznikach. Marco Aurelio Severino, chirurg neapolitański, już w roku 1646. z dobrym skutkiem resekował kość skokową, piętową i czółenkowatą, o czem pisali w r. 1869. Larghi i Albanese. Autor ujmuje się szczególniej za tym ostatnim, który operował i opisał własną metodę resekcyi stopy, którą Lauenstein w 24 lat później podał jako swoją własną. Wobec tego żąda, aby metodę dotychczas znaną jako Lauensteinowską, nazwano metodą Albanesego. *(Padova. 1893).* *Dr. Bogdanik.*

Attilio Catterina: **Całkowita przednia resekcya stępu.**

Aby uniknąć obrażenia ścięgien, nerwu i łuku tętniczego, proponuje autor następującą modyfikacyę znanego cięcia Obalińskiego. Nożem brzuszastym prowadzi się cięcie przez grzbiet stopy począwszy od linii międzykostkowej *(intermaleolare)* nieco bliżej kostki zewnętrznej przez skórę ku przestworowi pomiędzy palcem drugim a trzecim, następnie zwracając nóż ku dołowi, przecina się w tejże linii cały przestwór pomiędzy kośćmi śródstopia palca 2-go i 3-go. Potem oddziela ścięgna na grzbiecie stopy, które usuwa na boki i resekuje schorzałe kości. W ten sposób wykonał resekcyę w Marcu r. b. — o wyniku jeszcze mowy być nie może. *(Riforma Medica. Marzo, 1894).* *Dr. Bogdanik.*

Zapiski terapeutyczne.

— E. Hecker: O leczeniu histeryi. Pojąć bardzo łatwo, że leczenie każdej choroby zmienia się w biegu czasu, stósownie do zmiany naszych o jej naturze wiadomości i gdy n. p. dawniej świerzb jako mniemaną chorobę krwi leczono energicznie środkami wewnętrznymi, osobliwie krew czyszczącymi, dziś leczymy ją tylko zewnętrznie. Tak samo stało się i z leczeniem histeryi, którą dawniej idąc za Rombergiem uważano za nerwicę zwrotną, pochodzącą ze zadrażnienia części rodnych u kobiet, gdy dziś wiemy, iż zdanie to jest mylne, jak tego najlepszym jest dowodem okoliczność, iż histerya pojawia się i u mężczyzn i to nawet wcale nie rzadko.

Histeryę liczymy teraz do nerwic czynnościowych, co tylko oznacza, iż dzisiejszymi środkami nauki nie możemy wykryć zmiany anatomiczno-patologicznej, będącej jej podstawą. Co do siedziby ogniska chorobowego w histeryi, dwa są obecnie poglądy. Według jednych histerya jest chorobą przeważnie fizyczną, somatyczną, ogólnem osłabieniem i zadrażnieniem układu nerwowego; według drugich, na czele których stanął Liebermeister, Charcot, do których w ostatnich czasach przyłączył się Moebius, histerya jest po prostu chorobą umysłową, psychozą, w której i objawy somatyczne zależą od czynników psychicznych. Są wreszcie i tacy, jak Oppenheim, Jolly i Loewenfeld, którzy w tej sprawie pośrednie zajmują stanowisko.

Autor przyszedł na podstawie swych własnych spostrzeżeń do zdania, że histeryę pojąć można najjaśniej, jeżeli się weźmie za podstawę trzy okoliczności psychiczne, stanowiące grunt wszystkich przypadów tak somatycznych jak i psychicznych tej choroby a mianowicie:

1) u osób histerycznych łączą się prawie wszystkie wyobrażenia z mniej lub więcej żywemi sensacyami;

2) sensacye te stopniując się przechodzą bardzo łatwo — i to rzecz bardzo ważna — w odpowiednie afekta a

3) afekta te, jako dostatecznie nie umotywowane, nie są trwałe, t. j. tak łatwo znikają, jak łatwo się pojawiły, i stanowią przez to przyczynę tak cechującej histeryę, prędkiej, na pozór kapryśnej zmiany usposobienia.

Ztąd łatwo pojąć, dlaczego u osób histerycznych ciche życzenie przemienia się tak nagle w gwałtowną pożądliwość, proste niezadowolnienie z pewnej osoby w jawną dla niej niechęć i naodwrót nieznaczna sympatya w zachwyt. Tak samo tłómaczy się nagłe przejście z wesołości do smutku, z miłości do nienawiści i t. p.

U wszystkich ludzi, nawet i u zdrowych, łączą się wzruszenia umysłowe, stósownie do swego rodzaju z pewnymi, ściśle określonymi objawami fizycznymi, zmysłowymi a ztąd rzecz prosta, że te objawy odgrywają rolę bardzo wybitną u osób histerycznych, u których całe życie umysłowe zmienia się ciągle pod wpływem wrażeń zewnętrznych. Z wzruszeń umysłowych występują najłatwiej niemiłe; te najłatwiej też łączą się z objawami fizycznymi, osobliwie jeżeli

powstają nagle i gwałtownie, jak mianowicie strach, gniew, tudzież bojaźń i trwoga.

O strachu wiadomo oddawna, że gra znaczną i to podwójną rolę w histeryi, raz iż bywa bardzo często przyczyną pierwszego wybuchu objawów choroby i to ciężkich, jak kurczów, porażeń, utraty mowy a powtóre, iż w dalszym przebiegu choroby bywa pospolitym i ważnym jej objawem.

Jeżeli przypatrzymy się objawom, jakie nagły przestrach wywołuje u ludzi nawet zdrowych, jak pod jego wpływem zatrzymuje się po gwałtownym wydechu z krzykiem oddech, który potem przemienia się w kurczowe ruchy oddechowe, jak serce naprzód bić przestaje a następnie bije gwałtownie i nieregularnie, jak blednie skóra na twarzy a nawet chwilowo występuje zupełna niemożność ruchów, niby porażenie, ustaje głos i t. d. i porównamy je z głównymi przypadami histeryi, to pokaże się zupełne ich podobieństwo. Jakoż mamy w histeryi krzyk i płacz, bezdech, objawy ze strony serca i naczyń, porażenia, kurcze, bezgłos, znieczulenia, utratę wzroku, słuchu i t. p. Innemi słowy znaczy to, że w histeryi mamy w znacznej części objawy podobne do tych, jakie u ludzi zdrowych widzimy pod wpływem gwałtownego przestrachu.

Jest dalej znaną oddawna właściwością wzruszeń umysłowych, że nawet u ludzi zdrowych powiększają sugestyą. Tak n. p. człowiek w trwodze poddaje się tak łatwo wszelkim czy to somatycznym czy psychicznym wrażeniom w zakresie wyobrażeń odnoszących się do owego wzruszenia umysłowego, że bierze wszystko za prawdę, co mu poddaje podniecona wówczas wyobraźnia: w prostej wierzbie widzi straszydło, w szumie liści słyszy głosy swych nieprzyjaciół a ponieważ histerya tem się właśnie odznacza, że usposobienie chwilowe przemienia się w afektacye ostre lub przewlekłe, przeto łatwo pojąć, iż w tej chorobie podwyższona jest patologicznie zdolność poddawania się sugestyi (*suggestibilitas*). Klasyczny w tej mierze przytacza Charcot przypadek u kobiety, która w gwałtownym gniewie uderzyła syna w twarz ręką i w niej odtąd utraciła władzę, czucie, czyli dostała porażenia i nieczulicy. Charcot tłómaczy ten przypadek w ten sposób, że gwałtowne wstrząśnienie ręki czyli uraz wywołał naprzód uczucie otrętwienia i osłabienia, które przez podwyższenie chorobowe autosugestyi przemieniły się niezwłocznie w porażenie ruchu i zniesienie czucia. W podobny sposób wpływa sugestya na powstawanie przeważnej liczby fizycznych i psychicznych przypadów histeryi, lubo oczywiście nie zawsze daje się to wykazać tak jasno, jak w przytoczonym co właśnie przypadku Charcota. Ta to chorobowa sugestya gra niewątpliwie wielką rolę w powstawaniu tak ważnego i pospolitego w histeryi przypadu, jakim jest chęć a raczej mimowolny popęd do przesadzania a ztąd (pozorna) skłonność do udawania czyli symulacyi. W ten to sposób tłómaczy się to pospolite zjawisko w histeryi, iż lekarz przez proste zapytanie się o jakiś przypad chorobowy wywołuje u osoby histerycznej mniemanie, iż ona na przypad ten cierpi, co niedoświadczony mógłby wziąć za prostą symulacyę. Tutaj to należy znana i nielekarzom zaraźliwość przypadów histeryi, prowadząca nieraz do prawdziwych epidemij tej choroby.

To znamię psychicznego swego początku mają wszystkie fizyczne objawy histeryi, jak n. p. tego dowodzą występowanie znieczulenia nie w przebiegu anatomicznym jednego lub drugiego nerwu, lecz naokoło pewnej części kończyny, porażenia ruchów służących do pewnej tylko czynności, gdy inne odbywają się prawidłowo i t. d.

Nie ulega przeto, zdaniem autora, wątpliwości, że h i s t e r y a j e s t p r z e d e w s z y s t k i e m c h o r o b ą p s y c h i c z n ą, w której przypady fizyczne mają przyczynę również psychiczną i k t ó r e j l e c z e n i e m u s i b y ć w p i e r w s z y m r z ę d z i e t a k ż e p s y c h i c z n e.

Co się tyczy zapobiegania naprzód chorobie, to pamiętać trzeba, iż histerya rozwija się często na tle dziedzicznego usposobienia; należy zatem już u małych dzieci zapobiegać chorobowemu rozwijaniu się wyobraźni i marzycielstwu, starać się o to, by panowały nad swem usposobieniem i zachceniami. W tej mierze niepoślednią oddają usługę rozmaite sposoby wzmacniania sił fizycznych, jak obmywania zimną wodą i kąpiele, gimnastyka, pływanie, różne gry towarzyskie łączące się z ruchem ciała. Dzieci lękliwe trzeba chronić, ile możności od przestrachu a zatem i od czytania i opowiadania im przejmujących zgrozą historyj lub legend i t. d. Tutaj to także należy baczyć, by zbytnią nauką nie wysilać jednostronnie układu nerwowego u dzieci; niestety wobec dzisiejszych wymagań nie zawsze można coś zdziałać na tem polu.

Leczenie wybuchłej już histeryi wymaga przedewszystkiem oddalenia od osoby chorej wszystkich wpływów szkodliwych, do których w pierwszym rzędzie należy otoczenie i drażniące ciągle i przerzucające się z czułostkowości i zbytniej nad chorą osobą litości w drugą ostateczność, t. j. lekceważenie przypadków chorobowych i wynikających z nich dolegliwości, tudzież surowość prowadzącą znów do chorobowego przesadzania ze strony chorych. Dlatego we wszystkich przypadkach, czy to cięższych czy lżejszych, trzeba starać się o to wszędzie, gdzie tylko można, by chorzy opuścili dotychczasowe swe towarzystwo a udali się w zupełnie nowe, od którego z jednej strony mniej wymagają a które z drugiej strony przez swój spokój i rozsądną obojętność na przesadzanie dolegliwości wpływa korzystnie.

Tutaj w pierwszym rzędzie zasługują na polecenie osobne zakłady dla osób nerwowo chorych (ale nie dla obłąkanych), zakłady, w których chorzy znajdują i wszystkie warunki potrzebne do uspokojenia podrażnionego układu nerwowego i ciągłą a rozsądną opieką lekarską i możność użycia wszystkich tych środków terapeutycznych, o których trudno myśleć we własnem pomieszkaniu chorych.

Oczywiście, że i w takich zakładach leczenie histeryi nie jest łatwem bynajmniej zadaniem, że wymaga pewnego zasobu wiadomości psychiatrycznych, taktu i zręczności ze strony lekarza, który musi umieć z jednej strony pojmować cierpienia chorych, z drugiej nie przypisywać im zbytniego znaczenia a w danym razie występować stanowczo, choć wcale nie szorstko, co jednak nieraz podoba się nielekarzom.

Bardzo ważną rolę w leczeniu odgrywa odwrócenie uwagi chorych, do czego nie nadają się właściwe rozrywki i zabawy, lecz odpowiednie towarzystwo, zatrudnienie fizyczne n. p. w ogrodzie, ćwiczenia gimnastyczne i umysłowe, jak czytanie odpowiednich książek, stósowne gry towarzyskie, nauka obcych języków, przyczem trzeba postępowanie w tej mierze stósować do indywidualności każdego z osobna przypadku, z drugiej strony baczyć, iżby te środki uważali chorzy za leczenie systematyczne a nie za proste zajęcie się bez celu.

Wobec tego, że znaczna część objawów histeryi polega na sugestyi, nasuwa się myśl, ażeby hipnotyzmu użyć do leczenia tej choroby. Otóż przekonał się autor, iż rzeczywiście nieraz można użyć korzystnie hipnotyzmu nie do wyleczenia choroby jako całości, ale do usunienia pewnych, nieraz bardzo dolegliwych jej przypadów, jak n. p. newralgij, ciężkich kurczów i t. p. Oczywistą jest rzeczą, że i hipnotyzm nieraz zawodzi, mianowicie jeżeli autosugestya jest mocniejsza od sugestyi cudzej.

Szkodliwego działania hipnotyzmu autor nie widział a chwilowe po użyciu tego środka dolegliwości, jak bicie serca, zajęcie głowy, uczucie osłabienia znów usuwał hipnotyzmem. Oczywiście, że przy użyciu i tego środka potrzeba pewnych ostrożności, t. j. nie hipnotyzować chorych, którzy się tego obawiają, stósować tylko łagodniejsze sposoby i nie robić niepotrzebnych na tem polu doświadczeń, lecz ograniczać się jedynie do sugestyi tego, co odnosi się do leczenia choroby.

Łatwo też pojąć, iż nie można oprzeć się w leczeniu wyłącznie na hipnotyzmie, lecz trzeba i na jawie prowadzić dalej leczenie psychiczne i wyzyskiwać w tej mierze łatwość

do sugestyi pacyentów, których tylko dopóty można leczyć skutecznie, dopóki posiada się ich zaufanie.

Bez leków właściwych nie można się obejść w leczeniu histeryi; pamiętać wszakże trzeba, iż w wielu przypadkach działają one tylko psychicznie a zawsze jedynie symptomatycznie, gdyż nie mamy dotychczas żadnego swoistego środka przeciw histeryi. Właściwe tak zwane leki przeciwhisteryczne jak kozłek, czarcie łajno *(asa foetida)*, piżmo mają znaczenie tylko środków skrzepiających i łagodzących kurcze. Z makowcem i jego przetworami trzeba wielkiej ostrożności, by się chorzy do nich nie przyzwyczaili. Ze środków nasennych zasługują na użycie w odpowiednich przypadkach przedewszystkiem paraldehid, do zażywania wszakże z powodu woni i smaku bardzo nieprzyjemny, sulfonal i trional. Z użyciem antypiryny, antyfebryny, fenacetyny i przetworów bromu trzeba ograniczać się do rzeczywistej tylko potrzeby w odpowiednich przypadkach.

Nader ważnem jest leczenie dyetetyczne, mające na celu głównie polepszenie ogólnego odżywiania: tutaj to należy wysyłanie chorych nad morze, na wieś i w góry tudzież leczenie tuczące Weira Mitchela czyli Playfaira, w ostatnich czasach przez Leydena gorąco zalecane a działające prócz tego często psychicznie przez oddalenie chorych z dotychczasowego otoczenia, odosobnienie i spokojne leżenie w łóżku.

Do środków tego rodzaju wzmacniających ustrój należą dalej żelazo, arsen, leczenie wodą i elektrycznością, których sposoby użycia trzeba starannie dobierać stósownie do właściwości przypadku.

Co się tyczy leczenia ginekologicznego, trzeba w każdym przypadku rozważyć starannie, co jest szkodliwszem, czy pozostawienie jeszcze *in statu quo* nieznacznego nieraz cierpienia ginekologicznego, czy też narażanie ustroju chorego na zadrażnienie nieodłączne od takiego leczenia. W wielu przypadkach trzeba naprzód wzmocnić i uspokoić układ nerwowy a potem dopiero wziąć się do leczenia miejscowego. Coraz też mniej znajduje zwolenników zdanie, iż wytrzebienie i wycięcie łechtaczki są swoistemi przeciw histeryi środkami. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, iż w histeryi nie można bynajmniej wyrzec się środków działających fizycznie, ale to pewna, iż działają one tylko przypadowo i że **leczenie histeryi winno być głównie psychiczne.** *(Therapeutische Mtshefte.* Kwiecień i Maj 1894).

— Do zapisywania kreozotu nadaje się wzór:

64) Rp. *Kreosoti fagini* 10·00
Jodoformii 1·25
Eucalyptoli 5·00
Acidi arsenicosi 0·005—0·10
Strychnini nitrici 0·10
Atropini sulfurici 0·005
Exti et pulv. gentianae
Gummi arabici aa q. s.
M. exactissime.
F. l. a. pill. centum.

S. Od 10 do 20 pigułek zażywać przez dzień.

Jeżeli prócz gruźlicy płucnej chory doznaje jeszcze dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, należy powyższy przepis zmienić w ten sposób:

65) Rp. *Kreosoti fagini* 10.00
Naphtholi 6·00
Codeini 0·50
Atropini sulfurici 0·002—0·005
Exti et pulv. gentianae
Gummi arabici aa q. s.
M. exactissime.
F. l. a. pill. centum.

S. Od 10 do 20 pigułek zażywać dziennie.

Jeżeli chodzi o zadawanie dziennie po 3 do 5 gramów kreozotu, wtedy prócz powyższych pigułek nadaje się roztwór kreozotu w tranie rybim podany przez Boucharda:

66) Rp. *Kreosoti fagini* 25·00
Olei jecoris aselli
q. s. ut f. demilitra.

DS. Zażywać rano i wieczór po łyżce stołowej.
(Bulletin général de Thérap. 30. Kwietnia 1894).

†

VI. Dr. Ludgard Gąsiorowski,

lekarz zakładu karnego w Stanisławowie, zmarły po krótkiej chorobie w dniu 21. Maja w 46. roku życia, był wychowańcem Uniw. Jagiell. Był to kolega zacny, przytem cichy i skromny a dla swych cnót i prawości charakteru, zjednał sobie u wielu z grona swych kolegów serdeczną przyjaźń i szacunek. Nagły jego zgon wywołał żal powszechny, tembardziej, że był tak niespodziewany. Zgasły pozostawił liczną rodzinę.

Obowiązki lekarza więziennego pełnił z niezwykłą sumiennością a swym pacyentom, niestety przeważnie skazańcom, niósł prawdziwie umiejętną pomoc lekarską a co więcej i duchową — bywał im pocieszycielem. Posiadając w osobno wybudowanym szpitalu obfity materyał, zwykł był ważniejszymi przypadkami dzielić się ze swymi kolegami a był do tego stopnia troskliwym, że bez ich pomocy rzadko kiedy przedsiębrał cokolwiek ważniejszą operacyę; pragnął, aby zabieg operacyjny, chociaż dla więźnia wypadał, jak tylko można, najlepiej. (Umieszczał też niektóre ze swych spostrzeżeń i w *Przeglądzie lekarskim*, jak ostatnie: Przypadek róży zgorzelinowej moszen, zakończony wytrzebieniem *(castratio)* Nr. 19. rok 1893). Taka troskliwość lekarza, zwłaszcza więziennego, zasługuje tylko na uznanie.

To też sekcya stanisławowska, której zebrania naukowe niestety rzadko się odbywają a to z przyczyny niewielkiej liczby chętnych kolegów, wybrała go jednogłośnie na swem zebraniu kwietniowem powtórnie zastępcą (prezesa) przewodniczącego, pragnąc tem samem dać mu wyraz swego szacunku i poważania — niestety nie nadługo. Szczupłe, lecz szczerze kochające go grono kolegów traci w nim towarzysza i wzorowego kolegę, który umiał pojąć obowiązki lekarza i przejąć się na wskróś etyką koleżeńską.

Cześć Jego pamięci! *Dr. Ostafiński.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 31. Maja 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zapowiedzieli wykłady

w sekcyi chirurgicznej:

Dr. Krajewski z Warszawy: *peri- et paratyphlis.*

Dr. Kryński z Krakowa: 1) O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny (referat). 2) Komunikat oryginalny.

Dr. Bogdanik z Białej: 1) O pierwszej pomocy udzielić się mającej rannym w przyszłej wojnie (na podstawie doświadczeń w Białej w r. 1890. i w Polskiej Ostrawie w r. 1894). 2) O przyszyciu wypadającej odbytnicy do ściany brzusznej *(colopexia abdominalis).*

Demonstracya apparatów Hessinga, prawdopodobnie przez autora lub jego zastępcę.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 26. Maja pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu drobnych spraw bieżących r. m. Dr. Domański wniósł: 1) by ze względu na pojawienie się wścieklizny między psami w Krakowie wezwać Magistrat o ścisłe wykonanie przepisów właściwej ustawy; 2) by wezwać Magistrat do przedłożenia jak najrychlej komisyi sanitarnej projektu do zmiany podatku od psów na zasadzie wyższej opłaty od samców niż od suk; 3) by ze względu na częste

pojawianie się wścieklizny w kraju a nieulegający dziś żadnej wątpliwości pomyślny skutek szczepień Pasteurowskich starać się o założenie w Krakowie stósownego na ten cel zakładu i prosić prof. Bujwida o przedłożenie odpowiedniego w tej mierze projektu. Wszystkie te wnioski przyjęto po dyskusyi. W myśl rozporządzenia Namiestnictwa we Lwowie a ze względu na pojawienie się cholery w wielu miejscach Europy postanowiono mieć w pogotowiu osobny szpital i wybrano delegatami do miejskiej komisyi cholerycznej radców miejskich Drów Domańskiego, Pareńskiego, Paszkowskiego i Wiszniewskiego tudzież lekarza powiatowego Dra Bielańskiego i dyrektora szpitala Dra Poniklę.

— Dr. Krzymiński, praktykujący w Inowrocławiu, został wybrany bardzo znaczną większością głosów posłem do parlamentu niemieckiego.

— Sekcya gleichenberska Tow. lekarzy styryjskich na posiedzeniu odbytem d. 22. Maja b. r. obrała przewodniczącym na rok bieżący Dra W. Raucha, zastępcą przewodniczącego Dra E. Brülla, sekretarzem zaś Dra S. Bulikowskiego.

— Podany w Nrze 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. spis lekarzy Polaków ordynujących w zdrojowiskach i miejscach klimatycznych uzupełniamy jeszcze doniesieniem, że w Nauheimie praktykuje Dr. Jankowski.

— Okoliczności, które skłoniły prof. Czernego w Heidelbergu do porzucenia w ostatniej prawie chwili myśli zajęcia katedry chirurgii w Wiedniu po zmarłym niedawno Billrocie, nie są jeszcze należycie wyjaśnione; według jednych, są to stósunki rodzinne, według drugich interwencya rządu badeńskiego, wsparta podobno osobiście przez W. Księcia. Tyle pewna, że wiadomość o pozostaniu prof. Czernego na katedrze w Heidelbergu wywołała w tem mieście wielką radość: miejscowy dziennik polityczny wystąpił z nadzwyczajnym dodatkiem, rozdawanym bezpłatnie po ulicach i placach tudzież lokalach publicznych, rada miejska *in corpore* udała się do prof. Czernego, by mu podziękować za postanowienie pozostania na obecnem stanowisku a mieszkańcy urządzili mu wspaniały korowód z pochodniami.

— (P. A.). W dniu 6. Maja r. b. poświęcono pierwszy szpital polski w Ameryce w Chicago w stanie Illinois, założony przez SS Nazaretanki. Obowiązki lekarzy przyjęli na siebie bezpłatnie Doktorzy: E. Czerniewski, K. Midowicz, M. Janczewski, R. Lande i W. Kuflewski. Administracyą zajmować się będą same SS. Nazaretanki. Szpital mieści się wśród ogrodu w pięknym 4-ro piętrowym budynku; na dole administracya i ambulatoryum, na 1-szem i 2-giem piętrze sale z 30 łóżkami dla chorych.

— W ostatnim numerze *Annales de l' Institut Pasteur* podaje Chamberland rezultaty szczepień ochronnych we Francyi przeciw wąglikowi i róży świńskiej; w tym celu zebrano daty odnoszące się do szczepienia 1,788.677 owiec i 200.692 wołów przeciw wąglikowi, co stanowi połowę szczepień dokonanych we Francyi od lat 12-tu. W tym czasie stracono średnio z owiec 0·94% a z wołów od 0·34 do 1·3%. Przed szczepieniem dochodziła roczna strata w owcach do 10% a w wołach około 5%.

Wartość pieniężna ochronionych temi szczepieniami od śmierci owiec przedstawia 5 milionów a wołów 2 miliony franków.

Szczepienie przeciw róży świńskiej rozpoczęło się w roku 1886; śmiertelność trzody chlewnej wynosiła przed zaprowadzeniem szczepienia 20%, dochodząc niekiedy nawet do 80%, po zaprowadzeniu zaś szczepienia ochronnego strata roczna zmniejszyła się od 1·45 do 1·50%.

— Jak już donieśliśmy (p. nr. 13 z r. b.), lekarze wschodnioindyjscy wystąpili do kongresu rzymskiego z żądaniem, by język łaciński uznać za powszechny język lekarski i w nim odbywać obrady kongresów międzynarodowych i t. d. Myśl ta widocznie nie dała spokoju Drowi Achillesowi Rosemu w Nowym Jorku, który przed tamtejszą akademią lekarską wystąpił z wnioskiem, zapewne nie bardzo spodziewanym, by za taki język powszechny świata lekarskiego uznać grecki, z którego pochodzi cała terminologia lekarska, w którym dają się tworzyć łatwo wszelkie kombinacye wyrazów i który w przeciwieństwie do łacińskiego nie jest martwym, bo go używa cały naród żyjący. Pomysł ten jednak nie spotkał się z uznaniem w uczonem ciele nowojorskiem, w którem przywiedziono, iż język grecki tem odznacza się przedewszystkiem, iż nauczyć się go jest bardzo trudno a zapomnieć za to naodwrót bardzo łatwo, iż język grecki dzisiejszych Greków nie jest bynajmniej językiem Tucydydesa i Homera a co się tyczy jego bogactw w dzisiejszych stósunkach, to warto spojrzeć się na spisy potraw w restauracyach ateńskich, gdzie można się spotkać z takiemi wyrazami, jak τὸ μενού, φιλετό γαρνιτό i t. p.

— Dla wygody Sz. Kolegów z poza monarchii austro-węgierskiej, wysyłających swych pacyentów do zdrojowisk podkarpackich i czeskich tudzież do Gleichenberga, podajemy wyciąg z najnowszego rozkładu pociągów na kolejach żelaznych austryackich i przytykających do nich kolejach zagranicznych, nadmieniając, że w Królestwie polskiem i Cesarstwie rosyjskiem ruch na kolejach żelaznych odbywa się według czasu petersburskiego a na kolejach w monarchii austro-węgierskiej według czasu środkowo europejskiego, przez Radę miejską także i w Krakowie zaprowadzonego. Czas petersburski wcześniejszym jest od czasu środkowo-europejskiego o 61 minut czyli okrągło o godzinę.

Wyjeżdżając z Warszawy o godzinie 6. m. 17 rano i 12. m. 22 w nocy staje się w Krakowie o 5. m. 3 po południu i 9. m. 48 rano. Wyjeżdżając z Iwangrodu o 4. m. 47 rano, staje się w Krakowie o 5. m. 3 po południu. Wyjeżdżając z Odesy o 9. i 9. m. 40 wieczorem a z Kijowa o 9. wieczorem i 12. m. 2 w nocy przez Podwołoczyska i Lwów, jest się w Krakowie o 5. rano, 9. m. 42 wieczorem i 6. m. 20 rano.

Wyjeżdżając z Krakowa rano o 8. m. 40, wieczorem o 7. m. 5. (prócz tego od 25. Czerwca do 15. Września o 8. m. 25 rano), staje się w Chabówce (zkąd 43 kilometry do Zakopanego) o 1. m. 36 w południe. o 11. m. 58 w nocy (prócz tego od 25. Czerwca do 15. Września o 12. m. 34 w południe). W Rabce odległej o 2 kilometry od Chabówki o 6 minut później.

Wyjeżdżając z Krakowa o 7. m. 7 rano, 10. m. 38 rano i 10. m. 55 w nocy, staje się w Starym Sączu (zkąd 43 kilometry do Szczawnicy) o 12. m. 14 w południe, 5. m. 2 po południu i 6. m. 9 rano a w Muszynie-Krynicy (zkąd do zdrojowiska krynickiego 11 kilometrów) o 1. m. 34 w południe, 6. m. 23 wieczorem i 7. m. 30 rano.

Wyjeżdżając z Krakowa przez Tarnów i Stróże rano o 7. m. 7, 10. m, 38 i wieczorem o 10. m. 55, staje się w stacyi Iwoniczu (zkąd do zdrojowiska 4 kilometry) o 2. m. 12 po południu, 9. m. 43 w nocy i 7. m. 26 rano a w stacyi Rymanowie (zkąd do zdrojowiska 5 kilometrów) o 2. m. 27 po południu, 10. w nocy i 7. m. 40 rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 10. m. 35 rano i 10. m. 10 wieczorem przez Rzeszów i Jasło, staje się w Chabówce o 1. m. 48 w nocy i 11. m. 47 rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 6. m. 55 wieczorem, 10. m. 10 w nocy 4. m. 50 rano przez Tarnów, staje się w Starym Sączu o 6. m. 9 rano, 9. m. 3 rano i 5. m. 2 po południu a w Muszynie-Krynicy o 7. m. 30 rano, 10. m. 36 rano i 6. m. 23 wieczorem.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 10. m. 35 rano i 6. m. 55 wieczorem przez Przemyśl i Chyrów, staje się w stacyi Rymanowie o 6. m. 22 wieczorem i 4. m. 20 rano a w stacyi Iwoniczu o 6. m. 32 wieczorem i 4. m. 30 rano.

Wyjeżdżając ze Lwowa o 5. m. 40 rano i 7. m. 10 wieczorem przez Stryj, staje się w Drohobyczu-Truskawcu o 9. m. 17 rano (w Soboty o 11. m. 17 rano) i 1. m. 22 w nocy.

Wyjeżdżając z Krakowa o 3. m. 5 po południu (wagony wprost do Pragi) i o 10 wieczorem, następnie z Pragi o 7. m. 10 rano i 8. m. 35 rano tudzież o 3. m. 25 po południu, staje się w Karlsbadzie o 11. m. 19 przed południem, o 3. m. 37 po południu i o 7. m. 48 wieczorem a we Francensbadzie o 12. m. 47 w południe, 5. m. 42 po południu i 9. m. 17 wieczorem.

Wyjeżdżając z Pragi o 6. rano, 7. m. 34 rano i 3. m. 4 po południu, staje się w Teplicach czeskich o 8. m. 35 rano, o 11. m. 55 w południe i 6. m. 4 po południu.

Wyjeżdżając z Pragi o 6. m. 55 rano, o 11. m. 20 przed południem i 1. m. 50 w południe jest się w Maryenbadzie o 12. m. 44 w południe, o 3. m. 6 po południu i o 7. m. 56 wieczorem.

Wyjeżdżając z Krakowa o 5. m. 40 lub 6. m. 44 rano i o 3. m. 5 po południu a z Wiednia o 9. wieczorem i 7. m. 20 rano, staje się (jadąc przez Grac i Spielfeld) o 8. m. 53 rano i 3. m. 27 po południu w Purkla, zkąd bardzo blisko do Gleichenberga.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Druskiennikach w gubernii grodzieńskiej w dniu 25. Maja r. b. Dr. Ludwik Krejbich, przeżywszy lat 55; w Wrocławiu Dr. K. Grosser, b. prof. anatomii opisowej; w Filadelfii Dr. W. Keating, b. prof. położnictwa w Jefferson Medical College.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6. Czerwca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Rydygier okaże nowsze narzędzia; 2) kol. Kryński przedstawi chorego i omówi sprawę tymczasowej resekcyi szczęki górnej; 3) kol. Dr. Ludomił Korczyński poda: *Kilka uwag o zapaleniu zakaźnem opon mózgowo-rdzeniowych.*

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryusza i lekarza domowego w izraelickim szpitalu i przytulisku kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszem konkurs.

Z posadą tą, która nadaje się na przeciąg 3 lat, połączoną jest roczna płaca 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Ubiegający się winni się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich, względnie doktora medycyny i chirurgii, tudzież znajomością języka polskiego, a mają kompetenci stanu wolnego pierwszeństwo przy obsadzeniu tej posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżej statut szpitala.

Podania kompetencyjne wnosić należy najpóźniej po koniec Czerwca 1894 roku do kancelaryi Zboru izrael. przy ul. Rzeźnickiej l. 5. we Lwowie.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów, dnia 15. Maja 1894. 132—3—2



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 9. Czerwca 1894 r. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolff:, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z oddziału chirurg. prym. Dra Ziembickiego we Lwowie.

Macica jednorożna z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Podał

Dr. Bronisław Skałkowski,

b. asystent i operator kliniki prof. Chrobaka w Wiedniu, lekarz chorób kobiecych i akuszer we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

B a d a n i e w e w n ę t r z n e w końcu Listopada 1892 r. przedsięwzięte wykazało co następuje: Po prawej stronie pochwy i wzdłuż niej daje się wyczuć pasek tkanki oporniejszej (tęższej), aniżeli sama pochwa, grubości gęsiego pióra, który biegnąc wzdłuż pochwy w kierunku szyi macicy gubi się w guzie po prawej stronie miednicy małej. Guz ten znajduje się tuż obok macicy po stronie prawej, jest wielkości jabłka, o ścianach gładkich, za dotykaniem niebolesny, nieco ruchomy; poruszalność guza największa od przodu ku tyłowi.

W dnin 1. Grudnia 1892 r. pacyentka czując się zdrową, na własne żądanie opuściła szpital.

W dniu 11. Września 1893 r. chora ta zgłosiła się znów do mnie opowiadając, że od czasu operacyi czuła się zdrową, peryod występował co miesiąc regularnie, z małemi bólami, dość obficie; spółkowanie nie sprawiało jej boleści, i że dopiero od dwóch miesięcy regularności nie ma a obawiając się, czy nie jest w ciąży, zgłasza się o poradę. Oprócz tego uskarża się na kaszel i od dłuższego czasu mocne poty w nocy.

Badanie wykazało macicę małą, twardą, mało ruchomą; szyjka drobna z ujściem ku górze zwróconem, jajnika ani trąbki wybadać nie mogłem, sklepienia niebolesne. Po stronie prawej macicy wyczuć się daje guz twardy, niebolesny, nieruchomy, przypominający wysięki twarde okołomaciczne.

W płucach daleko posunięte zmiany gruźlicze. Wobec tego uspokoiłem chorą, że nie jest w ciąży i zaleciłem obok środków skrzepiających przeciwko kaszlowi morfinę.

W dwa tygodnie później, to jest dnia 24. Września 1893 r. znów przedstawiła się chora. Wejrzenie jej charłacze; w płucach zmiany gruźlicze posunęły się znacznie i temu też należało przypisać brak regularności.

Od tej chwili chorej więcej już nie widziałem.

Przypadek ten jest ze wszech miar ciekawy, gdyż rozpoznanie było bardzo trudne. Schröder w dziele swojem o chorobach kobiecych (str. 61) wspomina, że tylko w dwóch przypadkach rozpoznano sprawę przed operacyą *„doch gelang es Hegar in den von ihm beobachteten beiden Fällen durch Ausschluss die Diagnose zu stellen“*.

W naszym przypadku badanie wewnętrzne wykazało nadzwyczaj małą, więcej po stronie lewej położoną macicę a obok niej po prawej stronie guz, nie zostający w żadnym związku z macica. Chora sześć razy z rzędu przedtem miesiączkowała, miała więc jajnik, trąbkę i macicę zdrową.

Od 6-ciu miesięcy nie miała regularności, na podstawie jednak badania można było na pewne wykluczyć ciążę; z opowiadań zaś chorej jasnem było, że w czasie, w którym miesiączkowała dawniej, doznaje obecnie regularnie co miesiąc bólów w podbrzuszu (*molimina menstrualia*) i że w czasie tym dopiero dostrzegła guz po prawej stronie w dolnej części brzucha. Już samo opowiadanie chorej przypominało żywo opowiadanie osób cierpiących na zarośnięcie szyjki macicy lub zarośnięcie błoniaste pochwy (*atresia hymenalis vaginae*) z następowym krwistekiem macicy (*haematometra*) lub pochwy (*haematocolpos*).

Badanie zaś guza, a mianowicie części jego górnej, kształtu kiełbasy poprzewiązywanej nitką, dawało charakterystyczny obraz typowego guza trąbki; tak charakterystyczne kształty mogła mieć tylko trąbka wypełniona treścią. Ponieważ część ta górna guza łączyła się ściśle z guzem kształtu kulistego, wychodzącym z miednicy małej, przeto sama przez się nasuwała się myśl, czy też ten guz kulisty nie jest powiększoną macicą. Przyjąwszy to, należało już stanowczo rozpoznać wadę rozwojową (macicę podwójną), gdyż drugą macicę można było dokładnie wymacać przez badanie. Znaleźliśmy zatem u tej chorej dwie macice, jedną małą macicę z pochwą i prawdopodobnie prawidłowo rozwiniętemi częściami dodatkowemi, gdyż sześć razy z rzędu prawidłowo miesiączkowała, drugą zaś macicę powiększoną, nie mającą połączenia z pochwą, ani też nie mającą drugiej pochwy, z trąbką zmienioną, rozszerzoną, chełbocącą a więc zawierającą treść płynną. Ponieważ wywiady zniewalały do uznania, że gdzieś zatrzymuje się krew miesiączkowa, gdyż w regularnych co miesiąc odstępach czasu chora doznaje bólów w czasie, kiedy regularność dawniej się pojawiała, przeto należało z wszelkiem podobieństwem do prawdy rozpoznać krwistek macicy i trąbki a wykluczyć nagromadze-

nie się ropy lub płynu wodnistego w trąbce (*pyosalpinx* lub *hydrosalpinx*). Można było jeszcze przypuszczać możliwość powiększenia się macicy przez ciążę.

Gdy jednak macica ta nie miała połączenia z pochwą, przypuszczenie takie wydać się musiało nieuzasadnionem, chybaby zapłodnienie nastąpiło przez dostanie się plemników przez macicę niepowiększoną, trąbkę lewą i po otrzewnie do drugiej trąbki a ztąd do drugiej macicy. W obec tego należało jeszcze wykluczyć guz wychodzący z prawego więzadła szerokiego macicy. Otóż guz taki musiałby być ściśle z macicą połączony, a nie znajdować się luźnie tuż obok, jak w naszym przypadku. Ponieważ jedna macica była z drugą całkiem niezłączona, przeto należało przyjąć, że macica mała powstała z lewego przewodu Müllera, z prawego zaś przewodu wytworzyła się trąbka prawa i tylko kawałek górny macicy.

W obec tego sądzę, że miałem prawo rozpoznać macicę jednorożną z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Bardzo ważny szczegół można było wybadać po operacyi a mianowicie pasmo tkanki więcej zbitej, grubości gęsiego pióra, które idąc od prawej macicy przebiegało wzdłuż prawej strony pochwy, a które należy uważać za dolną część prawego przewodu Müllera, który w rozwoju swym nie wykształcił się. Obecność takich zgrubień tasiemkowatych, obok pochwy przebiegających, możnaby niekiedy wyzyskać jako szczegół rozpoznawczy w odpowiednich przypadkach.

Jeżeli przywiedziemy sobie na pamięć rozwój części płciowych z przewodów Müllera, to musimy uznać, iż w naszym przypadku zupełnie wykształcił się jedynie lewy przewód, po stronie prawej zaś rozwinęła się tylko górna część przewodu jako trąbka i róg macicy prawy, a dolną część powstrzymaną w rozwoju można było wybadać jako owo pasmo zbitszej tkanki.

Schröder (str. 56) rozróżnia następujące formy tego niedokształcenia części płciowych kobiecych:

1) Oba przewody Müllera są zupełnie wykształcone, mamy więc dwie macice, dwie pochwy; błona dziewicza jednej strony bywa zwykle nienaruszona.

2) Oba przewody Müllera są zupełnie wykształcone, po jednej stronie jednak przewód nie otworzył się do zatoki moczo-płciowej (*sinus uro-genitalis*), a więc pochwa odpowiedniej strony jest poza wejściem zamknięta.

3) Jeden przewód Müllera nie rozwinął się całkowicie a mianowicie w dolnej swej części; pochwa więc tej strony mniej więcej w połowie kończy się ślepo i tylko jest jej górna część wraz z macicą i trąbką.

4) Pochwa jest pojedyncza, ponieważ w rozciągłości jej zanikł przewód Müllera po jednej stronie, albo też ponieważ obie części pochwy już się połączyły; macica jest podwójna a jeden róg jej zamknięty.

5) Znajduje się macica jednorożna ze szczątkiem rogu drugiego (*mit rudimentaerem Nebenhorn*), w środku próżnym i bez żadnego przewodu odprowadzającego.

Zastanowiwszy się nad swym przypadkiem, widzimy, że najwięcej zbliża się on do przypadków należących według Schrödera do kategoryi 5-tej z tą różnicą, że jeszcze z dolnej części przewodu Müllera (prawego) utrzymała się mała resztka, wyczuwalna po prawej stronie pochwy jako pasmo tkanki zbitszej.

Należy teraz usprawiedliwić, dlaczego po tak dokładnem rozpoznaniu cierpienia, nie ograniczyłem się li tylko do punkcyi rozszerzonej macicy przez pochwę i wypuszczenia treści nagromadzonej, lecz wykonałem laparotomię i wyciąłem rozszerzoną trąbkę wraz z jajnikiem prawym. Otóż punkcya nie usunęłaby cierpienia trwale, ale tylko chwilowo; po pewnym czasie nagromadziłaby się krew miesiączkowa w macicy powtórnie i punkcyę trzebaby wykonać kilka razy, jak to zdarzyło się Martinowi. Gdybyśmy zaś przez punkcyę wytworzyli stałe połączenie prawej macicy z pochwą, natenczas chora mogłaby łatwo zajść w ciążę macicy prawej, której przebieg byłby co najmniej wątpliwym i niepożądanym.

Wreszcie przy odpływaniu treści nagromadzonej po wykonaniu punkcyi następuje skurcz i obniżenie się poziomu dna wypełnionej macicy, przyczem wraz z nią obniżają się i części dodatkowe macicy; nie ulega wątpliwości, że przy takiem pociągnięciu może łatwo uledz przedarciu trąbka rozszerzona, której cienkie ściany mogą być ze sąsiedztwem zrosłe a w takim razie treść trąbki wylana do jamy brzusznej sprowadza ciężkie zapalenie otrzewnej. Z powyżej wymienionych powodów wykonałem laparotomię; lecz dlaczego, mógłby się kto zapytać, nie usunąłem zarazem szczątkowej macicy?

Odpowiedź łatwa, gdyż po usunięciu jajnika i trąbki prawej pozostawienie tej szczątkowej macicy po wypuszczeniu treści, nie mogło chorej sprawiać żadnych dolegliwości; wycięcie zaś takiej powiększonej macicy jest przecież zabiegiem bądź co bądź ciężkim.

Ważną wydaje mi się w tym przypadku okoliczność, że krwistek macicy znajdywał się prawie w całości po za otrzewną. Kaltenbach w dziele swem wydanem wspólnie z Hegarem (*Die operative Gynäkologie* 1886. S. 635) powiada, że wobec braku odpowiednich badań na zwłokach nad stósunkiem takich guzów z zatrzymania treści powstałych do otrzewnej, trudno na teraz stanowczo znaleźć najodpowiedniejszy sposób postępowania.

W dwóch swoich przypadkach ograniczył się Hegar do wytworzenia przetoki w sklepieniu pochwy, po poprzedniem wywołaniu zrostu pomiędzy ścianą guza a pochwy za pomocą przyżegania pastą wiedeńską. Wynik takiego postępowania był zadowalniający.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do etyologii wad sercowych.

Podał

Dr. Ludomił Korczyński,

asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Sekcyę wykonano w zakładzie anatomiczno-patologicznym prof. Browicza a cały wynik jej był:

T k a n k a p o d s k ó r n a surowiczo naciekła.

K o ś c i i s t a w y bez zmian.

W m ó z g u prócz znacznej bladości innych zboczeń nie znaleziono.

Ś r ó d p i e r s i e i o p ł u c n a. Zrosty opłucnowe świeże na powierzchni płuca prawego. Opłucna przyćmiona, pokryta złogami wypociny włóknikowej; we worku opłucnowym po tejże stronie znaczna ilość treści surowiczej, wypocinowej. Tkanka śródpiersia surowiczo naciekła.

P ł u c o p r a w e. Płat górny i średni wielkości prawidłowej, dolny pomniejszony. W miąższu liczne ogniska twarde, bezpowietrzne, głównie w częściach przybrzeżnych ułożone, kształtu trójkąta, podstawą ku powierzchni płuca zwróconego. Barwa tych ognisk ciemno-wiśniowa, miąższ

kruchy; wielkość ognisk od rozmiarów laskowego orzecha do wielkości gołębiego jaja. Zresztą miąższ powietrzny.

Płuco lewe. Cała połowa płatu dolnego zajęta przez nadziankę krwawą (infarkt); druga połowa i płat górny bez zmian.

Osierdzie. We worku osierdziowym dosyć znaczna ilość płynu przesączynowego; na osierdziu świeże wynaczynionki, zwłaszcza w zakresie komory prawej.

Serce powiększone w obu wymiarach, grubość mięśnia prawidłowa. Jamy serca wypełnione skrzepami. Zastawka dwudzielna zgrubiała, brzegi jej pozrastałe, nitki ścięgniste również zgrubiałe. Szczyty mięśni brodawkowych włóknisto zwyrodniałe. Ujście żylne lewe przedstawia otwór o średnicy $1^1/_2$ cm., na brzegach świeże brodawkowate wybujałości. Śródsierdzie ścienne bez zmian.

W jamie otrzewnownej znaczna ilość cieczy jasnej, przesączynowej; otrzewna bez zmian.

Wątroba powiększona, na przekroju miąższ jędrny, dwubarwny.

W nerkach ogniska ciemno-czerwone, pozaciągane skutkiem rozwoju tkanki łącznej.

Na błonie śluzowej żołądka i jelit nieliczne wynaczynionki.

Nerw współczulny po stronie lewej w części szyjnej znacznie cieńszy. Badanie przedsięwzięte po stwardnieniu i odpowiedniem traktowaniu wykazuje znaczny rozrost tkanki łącznej *(neuroglii)*, zanik włókien nerwowych i znamiona zwyrodnienia w splotach nerwu współczulnego.

Badanie pośmiertne potwierdziło więc prawie w zupełności rozpoznanie kliniczne, wykazując liczne ogniska zatorowe w płucach, z następowem zapaleniem opłucnej po stronie prawej, dalej serce w stanie znacznej rozstrzeni w zakresie obu komór i zwyrodnienie mięśni brodawkowych. Obok tych zmian rozpoznanych za życia wykazała sekcya także zmiany na zastawce dwudzielnej, wskazujące na przebycie zapalenia śródsierdzia zastawkowego a więc cechy wady zastawkowej w ujściu żylnem lewem, której nie rozpoznano za życia. W sprawę tę jednak nie mam wcale zamiaru wchodzić i nie zdziwi ona nikogo. Kto miał sposobność badać chorych z wadami serca w okresie znacznego niewyrównania, nawet bez żadnych innych powikłań, przekonał się niejednokrotnie, że rozpoznanie jest rzeczą nader trudną, czasem niepodobną a zwraca na to pilną uwagę tak poważny autor, jak O. Fränzel, przestrzegając gorąco przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem niewyrównanych wad sercowych. Wobec nerwicy ruchowej serca i znacznej niedomogi mięśnia sercowego, rozpoznanie wady zastawkowej w naszym przypadku było już z tego powodu niemożebne, że wśród obserwacyi klinicznej tylko raz jeden można było nad lewą komórką usłyszeć szmery, przy każdem zresztą innem badaniu pojawiały się tylko dwa słabe, głuche tony.

Chodzi tu więcej o rzecz inną a mianowicie, dlaczego u osoby nie okazującej poprzednio objawów wady zastawkowej, przynajmniej niewyrównanej nastało tak nagłe zboczenie w wyrównaniu obecnej wady, która nie była ani tak rozległą, ani powikłaną zwyrodnieniem mięśnia sercowego w jego całości.

Sądzę, że nie będzie niesłusznem przypuszczenie, że sprawą pierwotną, dłuższy czas trwającą była nerwica ruchowa serca, na co wskazują wól, wystawanie gałek ocznych i wynik badania szyjnej części nerwu współczulnego; wada zaś zastawkowa zmianą następową. Za przypuszczeniem ścisłego związku między wadą zastawkową a chorobą Basedowa przemawia wielce ta okoliczność, że ani wywiady, ani badania kliniczne i pośmiertne nie wskazywały na żadną inną szkodliwość zewnętrzną lub na przyczynę wewnętrzną, któraby była wywołała zapalenie wśródsierdzia na zastawce dwudzielnej i zapalenie włókniste mięśni brodawkowych. Do dawniejszej zmiany w ostatnich czasach przyłączyło się świeże, mniejszego stopnia zapalenie śródsierdzia zastawkowego, które względnie tak często dołącza się do istniejących już wad zastawkowych a które ze swej strony przyczynić się mogło w pewnym stopniu do dalszego osłabienia czynności serca.

Jeśli w ten sposób pojmiemy swój przypadek, zrozumialszym stanie się przebieg choroby, łatwiejszą do wytłómaczenia okoliczność, że to pierwsze niewyrównanie było zarazem ostatniem; mięsień sercowy nerwowo, że się tak wyrażę, wyczerpany, nie mógł podołać swej pracy, przyszło do znacznej rozstrzeni serca, wytworzenia się skrzepów a następnie zatorów w odległych narządach, przedewszystkiem w płucach i nerkach a wszystkie te czynniki sprawiły zejście niepomyślne.

Pomimo, że kazuistyczne opisy takiego powstawania i przebiegu wad sercowych wśród choroby Basedowa są jeszcze dość skąpe, w każdym razie opisany przypadek nie jest odosobnionem spostrzeżeniem. Na podobne zmiany w sercu wskazują: O. Fränzel[1]), B. Stiller[2]) a prawie takie same, jak i w naszym przypadku spostrzeżenia opisują Mackenzie[3]) i T. R. Brandshaw[4]), wskazujące na możliwość powstawania wad zastawkowych skutkiem nerwicy ruchowej serca. Całkiem inaczej przedstawiają się przypadki, w których do istniejącej już poprzednio wady sercowej dołączają się dopiero następowo objawy choroby Basedowa. Przypadki te skłaniały nawet w swoim czasie pewnych autorów (Duchek[5]), Chwostek i inni) do zaprzeczenia całkiem istnienia choroby Basedowa a uważania przypadów ze strony ócz i gruczołu tarczykowego za przypadkowe powikłania lub objawy następowe choroby serca. Również odmiennie nieco zachowują się pod względem etyologicznym choroby serca, które powstają w skutek wola lub innych obrzęków na szyi.

Wracając do choroby Basedowa, nie podobna oczywiście utrzymywać, że nerwica ta jako taka już wprost prowadzi do zmian zapalnych na zastawkach, co najwięcej można twierdzić, że ciągłe i długo trwające przyspieszenie ruchów serca obok napadowego kołatania jego, zmiany naczynio-ruchowe i odżywcze, jakie przypuścić można w samym mięśniu sercowym i w śródsierdziu wpływają na zmniejszenie fizyologicznej odporności tych tkanin. Wobec tego zastawki najbardziej narażone już swem mechanicznem nasilaniem się mogą rychlej ulegać przewlekłemu zapaleniu włóknistemu, prowadzącemu do zgrubień i skróceń a więc do wady zastawkowej, albo też stać się dogodnem podłożem dla usadowiania się drobnoustrojów, pośredniczących w powstawaniu zmian zapalnych, które prowadzą następnie do wad zastawkowych.

---

[1]) Über idiopathische Herzvergrösserung in Folge von Erkrankungen des Herznervensystems (Charité Annal. XI. 1886).

[2]) Zur Therapie des Morbus Basedowi (Centrblatt f. klin. Med. T. 9. Nr. 34).

[3]) Clin lect. on Graves disease (Lancet II. 1890).

[4]) Case of Graves disease complicated by hemiplegia and unilateral chorea (Brit. med. Journ. 1871).

[5]) Handbuch der spec. Path. u. Therap. T. 1.

Przebieg choroby w takich okolicznościach różni się dość znacznie od przebiegu wad bez równoczesnych zmian w układzie nerwowym serca. Jest znacznie szybszy a tem samem groźniejszy a to dlatego, ponieważ mięsień sercowy traci daleko rychlej zdolność wyrównywania zboczeń w krążeniu przez zwiększenie pracy.

III. O swoistem działaniu kokainy i jego zastósowaniu w terapii.

Podał

Dr. Salo Rossberger,
lekarz chorób zębów i uszu w Jarosławiu.

W obec tak obszernej, prawie całe piśmiennictwo uwzględniającej a nadto na obserwacyi dwóch tysięcy przypadków klinicznych opartej pracy, jaką niedawno ogłosił Dr. Gabryszewski, asystent prof. Rydygiera, pod tytułem O wartości kokainy w chirurgii[1]) zdawałoby się, że dyskusya w tej sprawie już jest zamknięta, że znajomość działania i stósowania kokainy stała się już własnością wszystkich kolegów pilnie czytających i w chirurgii pracujących przynajmniej — i że trzymając się wskazówek tamże podanych można spokojnie używać kokainy bez narażenia siebie na zawody lub chorych na przypadłości.

Jeżeli dobrze pojąłem treść i dążenie artykułów Dra G., to szanownemu autorowi chodzi przedewszystkiem o to, aby lekarzy praktycznych jak najdokładniej obznajomić ze sposobem stósowania tego tak heroicznie działającego środka, o którym taki znawca jak Erlenmayer[2]) napisał: „Byłoby obowiązkiem władz rządowych wprost zakazać stósowania podskórnego i wewnętrznego kokainy", o którym dopiero niedawno temu wyraził się Guttmann[3]). „Kokaina jest najsilniejszą trucizną działającą na serce, jaką znam" a stósowania którego zaniechali w uniwersyteckich ambulatoryach dentystycznych docenci Scheff i Metnitz we Wiedniu i prof. Baume w Berlinie[4]), motywując to tem „Jednakże nigdy niepodobna wiedzieć, jak długo trwa ogólne działanie kokainy, wskutek czego nieraz czekać trzeba pół godziny; nie jest to wcale rzeczą rzadką. Mnie kokaina za dużo zabierała czasu a z przyczyny działania następowego (osłabienie, zapalenie okostnej) nie jest dostatecznie trwałą. Z tego powodu powróciłem do tlenku dwuazotu."

Z drugiej strony stara się autor — o ile mi się zdaje — o spopularyzowanie kokainy, uniewinniając ją od mnóstwa zarzutów ze strony doświadczonych i poważnych autorów.

Wykazaniem, o ile to udało się autorowi, zajmie się niniejsza rozprawka.

Aby nie rozczarować czytelników, z góry oświadczyć muszę, iż jako lekarz praktykujący na prowincyi nie rozporządzam ani materyałem klinicznym ani takim zasobem znajomości literatury, jakimi rozporządza asystent pierwszej kliniki krajowej. Na usprawiedliwienie zaś, że mimo świadomości możliwego w danym razie upośledzenia wartości moich wywodów (z tego właśnie względu) zabieram się przecież do krytycznego rozbioru poglądów zawartych w pracy Dra G., powiedzieć mi wypada, że stósowaniem kokainy w praktyce okulistycznej, laryngologicznej, otyatrycznej i dentystycznej zajmuję się już od r. 1886; że od r. 1886—1889 brałem czynny udział w stósowaniu kokainy pod dozorem prof. Reussa i Politzera, docentów Schiffa, Rotha i Fraenkla w Wiedniu; że sam na sobie doświadczyłem kilkakrotnie działania i sposobów stósowania kokainy[1]), że od r. 1889. używam kokainy w codziennej swej praktyce otyatryczno-dentystycznej, podczas której wykonałem z jakich 2500 zabiegów chirurgicznych w znieczuleniu miejscowem.

Większą część zabiegów jako dentysta wykonałem w jamie ustnej a między tymi n. p. zanotowane wyjęcie 22 (wyraźnie dwudziestu i dwóch) zębów w ciągu jednej godziny u 30-letniej osoby albo wyjęcie pięciu zębów z lewej szczęki górnej i wypuszczenie ropy z otoku ropnego jamy Highmori (trwającego prawie dwa lata) przez otwór zębodołowy itp. Rzadziej oczywiście miałem już do czynienia z operacyami w nosie (usunięcie polipa, wyjęcie grochu z nosa (3 razy), w uchu (miryngotomia), odbytnicy (odprowadzenie uwięzłych krwawnic, wyskrobanie łyżeczką przetoki rzytnej) i na kończynach.

Używając tedy przez blisko ośm lat kokainy, przekonałem się, że

1) w znieczuleniu miejscowem przez pomazanie lub zakroplenie na błonach śluzowych i innych miejscach pozbawionych przyskórka najlepsze skutki daje rozczyn 10% w wodzie destylowanej;

2) że do znieczulenia miejscowego przez wstrzyknienie pod skórę lub w skórę, błonę śluzową, okostną a nawet mięsień wystarcza rozczyn $\frac{1}{2}$% z małym dodatkiem karbolu według formułki:

Rp. *Cocaini muriat. Mercki* 0·10
Acidi carbol. gutt. duas.
Aquae distil. 20·00

MDS. *Suo nomine et da ad vitrum epist. vitreo bene clausum*;

3) że miejscowe znieczulenie pod wpływem aplikacyi znieczulającej jest tem pewniejsze i zupełniejsze, im wybitniejsze są objawy wywołanej miejscowej niedokrewności;

4) że tam, gdzie ze względów miejscowych lub patologicznych trudno o nagłą, sztuczną niedokrewność miejscową, tam i o znieczulenie trudno;

5) że całkiem obojętne jest dla celu, jakim bodźcem, termicznym, mechanicznym czy chemicznym wywołano niedokrewność miejscową;

6) że swoiste działanie kokainy w pierwszym rzędzie polega na jej działaniu zwężającem naczynia (*angiospasticum*) a zniżenie, względnie zniesienie pobudliwości zakończeń nerwów czuciowych jest dopiero następowe. Dedukcyjnie zaś doznałem wrażenia, że,

7) objawy intoksykacyi polegają w pierwszym rzędzie na zmianie ciśnienia krwi w sąsiedztwie (towarzysząca niedokrewność *angiospasia*, w naczyniach bliżej położonych i zastępcze przekrwienie *angiodilaxia* w odleglejszych);

8) że wreszcie zamiast mówić i pisać o osobliwej tkliwości (*idiosynkrasia*) niektórych osób do kokainy racyo-

[1]) *Przegląd lek.* 1894 Nr. 2, 3, 4 i 5.
[2]) D. Med. Ztg. 1886 44.
[3]) Corresp. Blatt f. Zahnzärte 1892. Z. IV.
[4]) Baume. Lehrb. d. Zahnheilkunde. Berlin 1890 pag. 37 i 39.

[1]) I tak wycięli mi w roku 1888 pp. Kolischer i Handl, asyst. prof. Weinleichnera w Wiedniu *unguis incarnat halucis sinistri* pod opaską Esmarcha za wstrzyknieniem 20 % kokainy, w roku 1889 wyciął mi część małżowiny nosowej lewej strony pod kokainą, docent laryngologii W. Roth, a tę samą po prawej stronie asystent Dr. zm. prof. Schnitzlera, Dr. Hajek w roku 1892 za pomazaniem kokainą.

nalniej, możeby było mówić o tolerancyi niektórych osób względem działania kokainy, skoro dla przeważającej liczby ludzi kokaina jest już w małych dawkach gwałtowną trucizną.

Że te przypuszczenia zostają w rażącej sprzeczności z poglądami zawartymi w pracy Dra G., to jasne jak na dłoni; chodzi tylko o to, czy zasady przyjęte zgodne są z wynikami teoryi i praktyki i czy trzymając się nakreślonego wzoru łatwiej będzie praktykowi oryentować się w stósowaniu tego, na żaden sposób niedającego się obliczyć środka; bo Dr. G. sam, czując chwiejność i niestósowność swoich poglądów (na pewne przypadki), ucieka się do znanego sposobu salwowania słabych stron reguły przez przytaczanie wyjątków całkiem według przepisów gramatyki *nulla regula sine exceptione*. Tymczasem liczba wyjątków rośnie pod jego piórem w nieskończoność a reguła znika; do złowrogiego działania bowiem kokainy usposobieni są, jak Dr. G. słusznie zwraca uwagę, ludzie nerwowi, chorzy na serce lub liszaj żrący, znużeni, niedokrewni, schorzali, zmęczeni, niewyspani a jako *loci minoris resistentiae* znane są głowa, jama ustna, twarz, nos, guzy krwawnicowe odbytnicy i t. d., więc $^7/_8$ naszych pacyentów. Boć każdy przyzna, że chory cierpiący na dolegliwy ból, zawsze jest w pewnym stopniu niewyspany lub zmęczony, że ludzie z krwawnicami przychodzą zazwyczaj do operacyi już z niedokrewnością, że nerwowość [1]) i niedokrewność są obecnie nadzwyczaj rozpowszechnione; zatem u 80% naszej klienteli jako na działanie kokainy bardzo wrażliwej nie wolno stósować kokainy bez zastrzeżeń. A tu jeszcze nie ma mowy o osobach młodych, wątłych i dzieciach, o których także pamiętać należy.

Ztąd wynika, że zasada bezwzględnego stósowania 3% kokainy zawsze i wszędzie już dla wielu wyjątków przez samego autora poczynionych traci na wartości i nie dziw, że samo przez się nastręcza się myśl szukania innej podstawy, prostszej może i nie tak powikłanej, za to tem pewniejszej i zrozumialszej.

Tyle co do dyskusyi ogólnej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Z zakładów sądowo-lekarskiego i fizyologicznego w c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

Podał

Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

P r z y p a d e k II. Anna S., stanu wolnego, lat 27 licząca otruła się 30. Listopada 1893 r. wysyconym roztworem kwasu karbolowego, wypróbowawszy przedtem skuteczność środka tego na swym ulubionym piesku. Przyczyny samobójstwa nie zdołałem się dowiedzieć; natomiast podał mi brat zmarłej, iż inna z sióstr jego odebrała sobie życie przez utopienie się w studni.

Zaraz po użyciu karbolu wystąpił mocny ślinotok (wymiotów nie było), w niespełna pół godziny śpiączka i zupełna utrata przytomności. Niestety zapóźno już wezwany lekarz znalazł agonię. W $3^1/_2$ godziny od chwili zażycia karbolu nastąpiła śmierć. W ciągu tego czasu t. j. od pierwszej chwili nie dostrzeżono żadnych drgawek ani niepokoju.

Dnia 2. Grudnia wykonałem sekcyę policyjno-sanitarną na zwłokach denatki. Protokół sekcyi podaję w dosłownem brzmieniu:

Z e w n ę t r z n i e: Zwłoki niewiasty, prawidłowej budowy, dobrego odżywienia, na 155 cm. długie. Powłoki ciała blade, na grzbiecie i po bokach klatki piersiowej wyraźne sino-fiołkowe plamy pośmiertne. Stężenie pośmiertne utrzymuje się we wszystkich kończynach. Spojówki gałek ocznych blade, sutki o szerokiej podstawie, obwódki około brodawek zwykłego, jasnego zabarwienia; srom zewnętrzny prawidłowy, błona dziewicza półksiężycowa, po lewej stronie przerwana. Otwory naturalnych jam ciała wolne od ciał obcych. Na brodzie niżej kąta prawego ust brązowe przyschnięcie przyskórka, po którego nacięciu okazuje się miazdra skórna jakby ugotowana. Zresztą nie ma na powłokach ciała widocznych uszkodzeń.

W e w n ę t r z n i e: Skórne powłoki czaszkowe blade, sklepienie i podstawa czaszki symetrycznie rozwinięte, nieuszkodzone. W jamie czaszkowej czuć wyraźną woń karbolu. Opony mózgowe i mózg bez zmian; zatoki żylne wypełnione ciemną, mazistą krwią. Przepona sięga po obu stronach do górnego brzegu 5-go żebra. Krtań i tchawica *in situ* rozcięte, zawierają gęsty śluz szklisty. Oba płuca bez zrostów, wszędzie powietrzne, na przekroju dość w krew zasobne, zalewają się za uciskiem płynem czystym, pienistym. Opłucne płuc gładkie, bez śladu wynaczynionek. Błona śluzowa górnej powierzchni nagłośni pokryta białą błoną z obumarłego przybłonka, po oddzieleniu której powierzchnia błony okazuje się zaczerwienioną. Błona śluzowa dolnej powierzchni nagłośni, krtani, tchawicy i głównych oskrzeli pokryta lepkim, gęstym płynem śluzowym, po usunięciu którego okazuje się błona śluzowa rozpulchniona, żywo nastrzyknięta, wilgotna, jednak nigdzie nie przyćmiona, ani nie nadżarta. Serce wielkości prawidłowej skurczone, próżne, zastawki jego cienkie, domykalne, mięsień jędrny, w okolicy koniuszka serce mocno zcieńczałe z powodu nadmiernego rozwoju tłuszczowej tkanki podosierdziowej. Tętnice główna, płucna i wieńcowe bez zmian. Język i podniebienie miękkie, migdały i tylna ściana gardła mleczno-białym pokładem jakby z ugotowanego przybłonka pokryte. Błona śluzowa połyku i żołądka mleczno-biała, twarda, zgrubiała, jakby garbowana. W żołądku znajduje się około 300 gramów mlecznej cieczy (denatce podano w pierwszej chwili mleko), o mocnej woni karbolu, z oczkami koloru brązowego po powierzchni pływającemi. Cała ściana żołądka na wskróś jakby ugotowana, twarda, w naczyniach wieńcowych jasno czerwone skrzepy krwi. Dwunastnica okazuje podobne zmiany, ale stopniowo coraz mniejsze; reszta jelita cienkiego i grubego bez zmian. Dolna powierzchnia lewego płatu wątroby sucha, twarda, jakby ugotowana; podobne zmiany dyfuzyjne, pośmiertne na śledzionie i trzustce, które nie przedstawiają zresztą zmian; obie nerki nie okazują nigdzie (zwłaszcza lewa) zmian z dyfuzyi karbolu powstałych, na przekroju są w krew zamożne, rysunek ich zatarty; torebki schodzą z łatwością. Moczowody bez zmian. Pęcherz moczowy zawiera 100 grm. jasno-żółtego, nieco mętnego moczu, zresztą bez zmian. W lewym jajniku świeże ciałko żółte wielkości ziarna grochu, macica nieco powiększona, jama jej próżna, ujście zewnętrzne poprzeczne, gładkie, bez wrębów, czopem gęstego śluzu przymknięte.

Badanie mikroskopowe nerek i wątroby wykazało miąższowe zwyrodnienie i rozległą nekrozę przybłonków i komórek; w mięśniu zaś sercowym i mięśniach tułowia nie wykazało żadnych zmian.

Rozbiór chemiczny tak treści jak i moczu wykazał wszystkiemi próbami obecność kwasu karbolowego. Płyn otrzymany przez destylacyę treści żołądkowej działał na skórę rąk, jak 5% roztwór karbolu.

[1]) Zob. W. Erb: Die wachsende Nervosität unserer Zeit.

Orzeczenie było w tym przypadku łatwe i oznaczało otrucie karbolem jako przyczynę śmierci. Przeciw przypuszczeniu samobójstwa nie przemawiały żadne okoliczności. Sądząc z szybkiego zejścia śmiertelnego, rozległych zmian i wyniku badania chemicznego, oświadczono się za tem, iż denatka musiała zażyć w znacznej ilości i bardzo zgęszczony rozczyn karbolu.

W przeciągu 10 dni przesunęły mi się przed oczyma dwa wymienione przypadki, w każdym razie rzadkiego, rozmyślnego otrucia się kwasem karbolowym. W czasie tym nie znałem prac Langerhansa, zwłaszcza drugiej ogłoszonej w *Deutsche med. Wochenschrift* z 30. Listopada 1893 roku. Pomimo to zwróciły moją uwagę objawy ostrego nieżytu dróg oddechowych. Ponieważ błona ich śluzowa nie okazywała nigdzie charakterystycznego oparzenia (korozyi), przeto nie mogłem uważać aspiracyi karbolu za przyczynę zmian nieżytowych; na razie uważałem nieżyt za przypadkowe powikłanie, nie będące w żadnym związku przyczynowym z otruciem. Dopiero dowiedziawszy się o przypuszczeniu Langerhansa, zwróciłem swą uwagę na powstanie tych zmian i w tym też celu podjąłem szereg doświadczeń na zwierzętach w zakładzie fizyologicznym.

Zanim przedstawię wyniki swych doświadczeń, przypomnę tylko pokrótce spostrzeżenia innych autorów w tej mierze, nie kusząc się wcale o wyczerpujące i drobiazgowe zestawienie właściwego piśmiennictwa.

W pierwszym rzędzie budzi zajęcie przypadek Krukenberga[1]), w którym nastąpiło śmiertelne zatrucie karbolem po zastósowaniu go śródmacicznem; nieżyt oskrzelowy świeży wykazano w nim przy sekcyi.

W przypadkach opisanych przez Schleichera, Jaegera, zur Niedena[2]) widziano nieżyty oskrzelowe a nawet sprawy zapalne miąższu płucnego. Bardzo pouczającymi w tym względzie są przypadki zwłaszcza II. i III. opisane przez Langerhansa. Na szczególniejszą wzmiankę zasługuje przypadek Bertoga[3]), w którym wystąpiło śmiertelne zapalenie prawego płuca w 3-cim dniu po otruciu karbolem. Autor wyklucza stanowczo okoliczność, jakoby aspiracya karbolu albo wymiocin sprowadziła zapalenie płuca, nie umie jednak wytłómaczyć związku między otruciem a zapaleniem.

W przypadku, poddanym sekcyi w tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim, opisanym przez Schaittera[4]) dostrzeżono żywe nastrzyknięcie błony śluzowej, tchawicy i oskrzeli, wypełnienie jej pienistym śluzem obok surowiczego obrzęku więzadeł nalewko-nagłośniowych, nagłośni, w ogóle górnej części krtani, której błona śluzowa była powierzchownie obumarła, stanowiąc szaro-biały pokład.

Co się tyczy tego przypadku, to nie mogę z samego opisu zmian w drogach oddechowych twierdzić z pewnością, iż był tam świeży nieżyt, tembardziej, że autor nic o nim nie wspomina zastanawiając się nad swym przypadkiem. W każdym jednak razie podejrzywam, iż był tam nieżyt oskrzelowy a to na zasadzie obecności w drogach oddechowych znacznej ilości śluzu; wprawdzie śluz ten był „pienisty", jednak nie była to ciecz surowicza, zalegająca tchawicę w przypadkach obrzęku płucnego, gdyż autor opisuje stan płuc słowami: „na przekroju zalewa się ono m i e r n ą ilością krwawo zabarwionej s u r o w i c y".

Wreszcie zwraca uwagę Couteaud[1]), że w trzech jego przypadkach otrucia karbolem, z których w pierwszym śmierć nastąpiła w 5, w drugim w 15, w trzecim w 90 minut, było ostre zapalenie nieżytowe w krtani, tchawicy i oskrzelach.

Zestawiwszy wszystkie te spostrzeżenia z dwoma przypadkami, których dokładne protokoły sekcyjne co dopiero podałem, sądzę, iż ze wszech miar wydaje się prawdopodobnem przypuszczenie Langerhansa, upatrujące w zmianach narządu oddechowego u otrutych karbolem, analogię ze zmianą znaną pod nazwą *colitis diphtheritica mercurialis*.

Ażeby się przekonać, o ile przypuszczenie Langerhansa jest słusznem i w jaki sposób działa na drogi oddechowe kwas karbolowy do ustroju wchłonięty, zrobiłem kilka doświadczeń, z których 4. jako szczególnie wybitne, opiszę jak najdokładniej.

Do doświadczeń swych użyłem królików i kotów, którym zadawałem kwas karbolowy w postaci 3% i 5% rozczynu wodnego, stósując go podskórnie w okolicę tylnych kończyn. Nawiasem pozwolę tu sobie napomknąć o znanej różnicy, jaka zachodzi w objawach otrucia karbolem u zwierząt ciepło-krwistych a u człowieka i żab.

U zwierząt, których użyłem do doświadczenia, występowały pierwsze objawy otrucia stósunkowo dość późno i pozwalały rozróżnić dwa okresy. Pierwszy z nich, dłuższy, odznaczał się z początku niepokojem, drgawkami włókienkowemi, które z czasem zmieniały się w ogólne drgawki kloniczne, czasem jednak, a to zazwyczaj na przejściu w okres drugi trwające dłużej jakby tężcowe. Odruch rogówkowy, na który baczną zwracałem uwagę, utrzymywał się stale w pierwszym okresie. Zwolna ustawały ogólne drgawki a wtedy zaczynał się okres drugi o wiele krótszy, okres odurzenia, zniesienia odruchu rogówkowego, zupełnego porażenia. W tym okresie następowała rychło śmierć zwierzęcia.

Porównywając przebieg ten z przebiegiem u człowieka, (n. p. w moim drugim przypadku), w przypadkach opisanych przez Couteauda, Kingsforda, Barrata[1]) okazuje się, iż, jak to toksykologom wiadomo, u człowieka nastaje najczęściej zaraz z początku okres śpiączki i porażenia, wcale nie poprzedzony niepokojem i drgawkami. U zwierząt ciepło-krwistych występują natomiast drgawki, stanowiące niemal cały obraz zatrucia. Zwierzęta zimno-krwiste, jak żaby zachowują się w tym względzie podobnie jak człowiek.

(Dokończenie nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Higiena.

W. K r u s e: **Przyczynek krytyczny i doświadczalny do ocenienia higienicznego wody.**

Autor streszcza wyniki swych badań w następujący sposób:

1) Wyniki badania za pomocą zmysłów (wzrok, węch, smak, ciepłota) wody przeznaczonej do użytku mają niepośledne znaczenie higieniczne.

2) Badanie chemiczne ma stanowczo mniejszą wartość i higiena praktyczna może prawie obchodzić się bez niego. Tylko oznaczenie twardości wody jest pożyteczne, ponieważ

[1]) Lehrb. d. Intoxicationen von Kobert. Stuttgart 1893.
[2]) l. c. (zob. pod 1).
[3]) Berliner klin. Wochenschrift 1883. Nr. 27.
[4]) *Przegląd lekarski* 1883. Nr. 18.

[1]) Virchow, Hirsch. 1892. I.

ilość soli ziemnych nie jest obojętna dla zdrowia a znaczenie ich ekonomiczne zajmuje i higienika. W bardzo podejrzanych przypadkach badanie co do obecności chemicznych (metalicznych) trucizn jest konieczne; organiczne zaś substancye w wodzie należy uważać za nieszkodliwe.

3) Zwyczajne badanie wody bakteryologiczne nie uprawnia do dostatecznego orzeczenia o wartości jej pod względem higienicznym. Ilość bezwzględna zarodników, ilość rozmaitych ich odmian, przypuszczenie, że prątki właściwe wskazują na obecność odpadków ludzkich, wszystko to są złudne bardzo podstawy. Nie można się atoli obejść bez liczenia bakteryj, gdy ma się kontrolować działanie urządzeń mających wodę oczyszczać (mianowicie filtry tak na wielkie jak i małe rozmiary).

4) Badanie wody co do zarazków, szczególnie cholery i duru ma wysoce naukowe znaczenie, lecz nie można pomimo udoskonalenia metody czekać na ich wykazanie, aby módz wodę uznać za podejrzaną o zakażenie. Możliwość albo prawdopodobieństwo dostania się takich drobnych ustrojów do wody musi do tego wystarczać, dowiodły bowiem badania, że żywotność wymienionych pasorzytów w wodzie wbrew dawnym wyobrażeniom jest bardzo znaczna.

5) Stanowcze, rozstrzygające znaczenie w ocenieniu wody pod względem higienicznym ma skrupulatne uwzględnienie, zkąd źródło wypływa i jakie są urządzenia do wydobywania wody.

6) Życzyć sobie bardzo należy, aby stara tradycya, że chemicy i aptekarze albo pracownie bakteryologiczne oceniać mają wodę, ustąpiła miejsca zdrowym zapatrywaniom. Tylko znawcy higienicznie wykształceni są do tego powołani.

7) Higiena ma głównie żądać przy zaopatrywaniu w wodę, aby wybrano wodę wolną od zarazków i ochroniono ją od zanieczyszczenia, albo aby oczyszczanie wody za pomocą urządzeń połączonych z jej czerpaniem dawało pewność, że zarazki przez nie będą wykluczone. Droga pierwsza jest pewniejsza.

8) Ztąd wniosek co do centralnego zaopatrywania w wodę, aby zamiast wody rzecznej, filtrowanej używano wody gruntowej albo źródlanej. Ztąd odniesie się korzyść podwójną, bo woda stanie się nietylko zdrowym napojem, ale także rzeczywistym środkiem użycia. Centralne urządzenia zdołają przy nowszych sposobach uwolnić wodę od żelaza.

9) Dla higieny mają znaczenie studnie (albo cysterny) jako miejscowo dostarczające wody. Na ich założenie należy ze względów policyjno-sanitarnych więcej zwracać uwagi. Tak studnie z pompami, jak i zbiornikowe (*Kesselanlagen*) można urządzać w rozmaity sposób.

10) Wprawdzie jakość wody mającej się używać, nie jest bez istotnego znaczenia, w każdym razie woda do picia ma co do zakażenia o wiele większe znaczenie. Ze względów praktycznych nie należy, chociaż są do tego uzasadnione powody, zanadto sprzeciwiać się mieszanym wodociągom. (*Zeitschrift für Higiene und Infectionskrankheiten.* Tom VII., Zeszyt 1). *Dr. Buszek.*

Chirurgia.

Bogdanik: **Prosty sposób zapobieżenia martwinie kości goleniowej po amputacyi podudzia.**

Z podręczników znanych jest wiele sposobów zapobieżenia oddzieleniu się krawędzi kości goleniowej po amputacyach podudzia. Podawanie coraz to nowszych sposobów jest najlepszym dowodem, iż żaden nie zadowalnia. Autor stósował w ostatnich czasach metodę Obalińskiego, tak zwany koguci grzebień, lecz nie zawsze był zadowolonym. Z jednej strony tworzenie dwóch równych płatów bocznych nie zawsze jest możebnem, z drugiej strony zaś przytrafiało się, iż kość goleniowa już po odjęciu szwów przecisnęła się przez bliznę będącą w jednej linii z długą osią kości. B. radzi przeto, aby po amputacyi dokonanej według jakiegobądź sposobu, już po założeniu szwów uchwycić fałd skórny ponad kością goleniową blisko jej powierzchni odpiłowanej. Potem wbija się igłę nawleczoną przez podniesiony fałd od powierzchni wewnętrznej ku zewnętrznej w odległości 1 cm. od odpiłowanej powierzchni kości a następnie o 2 cm. bliżej kolana wbija się igłę napowrót od powierzchni zewnętrznej ku wewnętrznej. Teraz przyciąga się nieco końce nitki i wiąże, przez co pozostaje ponad kością fałd podłużny. Odkąd autor w ten sposób obchodzi się z kikutem poamputacyjnym, jeszcze nie miał przypadku, gdzieby koniec kości przebił skórę. Osobliwsze układanie kikuta w leczeniu pooperacyjnem nie jest potrzebne. Zdarza się atoli, iż po usunięciu szwu z pod fałdu pojawia się płaszczyzna brodawkująca, która wszakże rychło się zabliźnia. Prosty ten sposób Bogdanika zaleca się właśnie przez swą prostotę. (*Centralblatt für Chirurgie.* 1894. Nr. 21). *R.*

Położnictwo.

P. Reynaud: **Sposób mierzenia zewnętrznego pozwalający rozpoznać zboczenia miednicy kobiecej.**

Autor przekonał się, że u kobiet z miednicą prawidłową jest związek stały i matematycznie ścisły między odległością od siebie kolców biodrowych przednich górnych (*spinae ilei anteriores superiores*) a odległością każdego z tych kolców od środka dolnego brzegu rzepki równoimiennej a mianowicie, że odległość owych kolców od siebie, oznaczona wiadomym cyrklem równa się ściśle i dokładnie połowie linii idącej od owego kolca do punktu środkowego dolnego brzegu rzepki po tejże samej stronie a wymierzonej za pomocą prostej taśmy.

Według spostrzeżeń autora u kobiet z wadliwą miednicą nie ma tego stałego stósunku a im zboczenie od niego jest większe, tem wadliwszą jest miednica.

W niektórych miednicach krzywiczych (rachitycznych) odległość od siebie kolców biodrowych przednich górnych wynosi $^{2}/_{3}$ odległości kolca przedniego górnego od środka dolnego brzegu rzepki po tej samej stronie a nawet niekiedy jest jej równa. Mierzenie wymiaru prostego wchodu miednicy miało dokładnie potwierdzić przypuszczenie autora.

U kobiety dorosłej, z miednicą prawidłową średnia odległość owych kolców od siebie wynosiła 23 cm., linia zaś od kolca biodrowego przedniego górnego do środka dolnego brzegu rzepki po tej samej stronie 46 cm.

U dziewcząt bardzo młodych nie ma wymienionego stósunku wymiarów przerzeczonych do siebie z przyczyny nierozwinięcia się jeszcze miednicy.

U mężczyzny odległość przerzeczonych kolców od siebie wynosiła 24 cm., gdy linia od kolca przedniego górnego biodrowego do dolnego brzegu rzepki wyniosła 56 cm.

Reynaud sądzi przeto, że wymierzenie i porównanie ze sobą wymienionych co właśnie odległości daje dobrą wskazówkę do poznania miednicy u kobiety dorosłej. (*La semaine médicale.* 16. Maja 1894). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

— W. Oettinger (w Paryżu): Leczenie ospy za pomocą światła czerwonego. Jeszcze w roku 1867 lekarz angielski, Black leczył 5 przypadków ospy, trzymając je w zupełnej i nieprzerwanej ciemności i uzyskał, że nie było ani ropienia ani blizn, że krosty więdły i nie przyszło do gorączki następowej.

W kilka lat potem, w r. 1871. Waters, drugi lekarz angielski, zrobił podobne spostrzeżenie na ospowatych, trzymanych przez cały czas choroby w zupełnej ciemności, zaleca ten sposób postępowania a przestrzega przed zbyt wczesnem wystawieniem chorych na światło, które prowadzi do ropienia krost z następowemi ciężkiemi przypadami.

Mimo, że od r. 1871 było w Anglii i we Francyi wiele epidemij ospy, zapomniano o tej metodzie leczniczej, na którą zwrócili swą uwagę dopiero naprzód Gallavardin w Lugdunie w połowie r. 1892. i Finsen w Kopenhadze w r. 1893. Zmarły niedawno lekarz szpitalny paryzki, Juhel-Rénoy zdał ze swych spostrzeżeń w tej mierze sprawę w towarzy-

stwie lekarzy szpitalnych paryskich, powątpiewając o skuteczności tego sposobu leczenia ospy, gdy lekarze szwedzcy Lindholm i Swendsen otrzymali po niej skutki bardzo pomyślne.

Z tych powodów postanowił autor spróbować metody leczniczej, o której mowa, zwracając uwagę naprzód na trudność doboru odpowiednich przypadków, o których w pierwszym okresie choroby nigdy naprzód nie można powiedzieć, czy będą ciężkiemi czy lekkiemi, ponieważ ciężkość przypadków początkowych nie zostaje zawsze w prostym stósunku do ciężkości okresu ropienia i gorączki następowej.

Co do samego postępowania leczniczego, postanowił autor iść całkiem za Finsenem t. j. 1) usunąć chorych zupełnie z pod wpływów chemicznych promieni słonecznych 2) poddawać ich temu leczeniu ile możności od samego początku choroby a przynajmniej od samego początku osutki 3) prowadzić to leczenie aż do zupełnego zaschnięcia króst ospowych. Co się tyczy pierwszego warunku, zastąpił autor białe szyby w oknach szkłami czerwonemi a drzwi zaopatrzył w grube portyery tak, by i za otworzeniem nie dostawał się do pokoju chorych ani promyk światła białego. Pobyt w pokoju podobnie urządzonym jest w pierwszej chwili tak dla zdrowych jak i dla chorych nieprzyjemny; rychło atoli można się przyzwyczaić do takiego światła i rozeznawać w niem wszystkie przedmioty. Na noc używano lampy ze szkłem czerwonem, a tylko w ostateczności i chwilowo ze szkłem żółtem. Wentylacya odbywała się tylko wieczorami i to po takiem nakryciu chorych, by i wtedy nie mogło nic światła zwykłego na nich zadziałać.

Z ośmiu chorych poddanych takiemu leczeniu z ospą ciężką, stykającą się lub stykająco-zlewającą (*cohérente ou cohéro-confluente)* zmarło trzech czyli 37·5%, gdy na 250 przypadków leczonych innymi sposobami miał autor tylko 11·5% śmiertelności. Okoliczności tej nie wywodzi autor bynajmniej ze szkodliwości lub nieskuteczności leczenia ospy światłem czerwonem, lecz tłómaczy ją po prostu ciężkością przypadków i tem, że metoda Finsenowska leczenia ospy jest właściwie tylko leczeniem osutki ospowej.

O pozostałych i wyleczonych pięciu wypada nadmienić, iż wszyscy byli raz tylko w dzieciństwie szczepieni, że wiek ich wynosił od 21 do 62 lat, że gorączka zwiastunowa dochodziła od 39·8 do 40·2° C., że ospa była ciężka z osutką stykającą się lub stykająco-zlewającą, tudzież przytoczyć, że leczenie światłem czerwonem rozpoczęło się w 24, 48 lub 72 godzin po pojawieniu się osutki.

Podczas pierwszych 48 lub 72 godzin takiego leczenia światłem czerwonem nie było widać żadnego wpływu na osutkę, która przebiegała w sposób zwyczajny a znany i nadawała chorym wiadome wejrzenie. Wkrótce jednak nastawała zmiana: koło 5. a najczęściej 6. dnia zbrzęknienie skóry ustępowało prawie zupełnie a pęcherzyki niby krosty (*vésiculo-pustules*) zaczęły więdnąć i przysychać, tworząc strupy nie jak zwykle grube i żółtawe, lecz szarawe i suche, mocniej niż zazwyczaj do skóry przylegające. Ta zmiana występywała naprzód i najwybitniej na twarzy tak, iż najczęściej do 11. lub 12. dnia choroby poodpadała największa część strupów z twarzy. W pokoju ze światłem czerwonem przebywali chorzy od 8 do 10 dni, poczem przenoszono ich do zwykłych sal wspólnych (oddziału wyłącznie dla ospy przeznaczonego).

Na gorączkę z ropienia krost nie widać było wpływu światła czerwonego, gdyż lubo u dwóch chorych nie było jej całkiem, za to u innych dochodziła ciepłota do 39·6° C.

Co do blizn, nie może autor potwierdzić zdania Finsena, jakoby ich nie było, przyznaje jednak, że w jego przypadkach blizny były znacznie płytsze, niż zazwyczaj a plamy barwikowe o wiele jaśniejsze.

Z tych spostrzeżeń wnosi autor, że światło czerwone nie jest bynajmniej środkiem leczącym ospę, lecz środkiem i to środkiem rzeczywiście skutecznym tylko na osutkę ospową, która pod jego działaniem nie tylko rozwija się szybciej niż zwykle, ale i przemienia się w coś pośredniego między pęcherzykiem a krostą, co wkrótce przysycha. Skutkiem tego nie tylko unika się blizn głębokich, tak bardzo szpecących, lecz i łagodzi przypady z ropienia krost. W tem rozumieniu ciemność czyli, co na to samo prawie wychodzi, światło czerwone jest przedewszystkiem środkiem miejscowym przeciw ospie.

Za wskazania do użycia tej metody terapeutycznej uważa autor przypadki z osutką rozrzuconą wprawdzie, lecz obfitą, z osutką stykającą się bez ciężkich przypadów ogólnych, przyczem oczywiście i o tem nie można zapominać, że z użyciem światła czerwonego można bardzo snadnie połączyć i inne sposoby terapeutyczne jak kąpiele, prześcieradła zimne, zadawanie eteru, makowca, płukanie gardła i obmywanie oczu 3% rozczynem kwasu borowego i t. p.

Autor miejscowo nie używał wprawdzie na skórę nic w swych przypadkach, ale oczywiście tylko dlatego, by otrzymać czyste działanie wstrzymania światła słonecznego a raczej jego promieni chemicznie działających.

Co do sposobu, w jaki łagodzi brak światła słonecznego przebieg osutki w ospie, to Finsen opierając się głównie na pracy Hammera, sądzi, że polega on na przeszkodzeniu działania promieni fiołkowych i pozafiołkowych, za czem przemawia i rażenie od światła elektrycznego (łukowego), bogatego właśnie w takie promienie. Finsen powołuje się w tej mierze na swe doświadczenia nad wpływem światła słonecznego na krążenie krwi w ogonie kijanki. Być atoli może, iż brak światła białego działa na osutkę ospową i w ten sposób, iż łagodzi działanie mikrobów właściwych, w ospie wszakże jeszcze nieznanych, tembardziej, iż z doświadczeń Chmielewskiego, Buchnera i innych wypada, że promienie czerwone wstrzymują nawet rozwój mikrobów. *(La semaine médicale.* 30. Maja 1894).

— Leczenie obrzęku śluzakowego (*myxoedema*) zadawaniem gruczołu tarczykowego i jego przetworów.

a) Leichtenstern leczył przypadek trwający od operacyi usunienia wola, zagrażającego uduszeniem, przed 10-ma laty zrobionej. Leczenie odbywało się za pomocą wstrzykiwań podskórnych wyciągu glicerynowego gruczołu tarczykowego, wyjałowionego i tymolem zaprawionego. Już po 9 dniach był skutek wyraźny, wystąpił jednak rumień *(erythema)* nie rozpoczynający się od miejsca wstrzyknienia a zatem rumień, który podobnie jak po innych lekach, trzeba uważać za skutek ogólnego działania. Rumień ten szerzył się dalej i przemienił w wyprysk sączący się, który skłonił do przerwania leczenia. Wkrótce wróciły wszystkie przypady obrzęku śluzakowego, który zaczęto teraz leczyć podawaniem wewnętrznem gruczołu tarczykowego (zapewne baraniego. Przyp. spraw. *Przegl. lek.*), co 8. dzień od 5 postępując stopniowo do 12 gramów gruczołu posiekanego, posolonego i na chleb nasmarowanego. Po ośmiu takich dawkach wystąpiły jednak objawy osłabienia czynności serca i znowu rumień z wypryskiem. Przerwano przeto powtórnie leczenie a rozpoczęto je z potrzeby po 6 tygodniach, dając teraz co tydzień po 10 gramów gruczołu tarczykowego, które chora dobrze znosiła. Skutek był bardzo dobry, tak, iż obecnie widać ledwie ślady choroby. *(Deutsche med. Wchschrft.* 49—51. 1893).

b) Schotten leczył dwa przypadki obrzęku śluzakowego zadawaniem wewnętrznem gruczołu tarczykowego. W pierwszym u kobiety 33-letniej, cierpiącej od lat 12-tu na obrzęk śluzakowy, przyszło po spożyciu dwóch dawek 5-gramowych, zadanych w odstępie 48 godzin do ciężkiego napadu dusznicy bolesnej *(angina pectoris)*, co skłoniło autora do zmniejszenia dawki do grama na dzień. Ale i ta dawka pokazała się za wielką, wywołując przypady nerwowe, jak osłabienie ogólne, szum w uszach i nawet białkomocz. Zmniejszono ją jeszcze i uzyskano takie polepszenie, iż pacyentka sama uważała się za zupełnie zdrową. Autor wnosi z tego spostrzeżenia, że nawet wewnętrzne zadawanie gruczołu tarczykowego nie jest wolne od niebezpieczeństwa, wymaga ciągłej kontroli i prawdopodobnie działa zbiorowo.

W drugim przypadku u osoby 18-letniej wystąpiło po zadaniu gruczołu tarczykowego korzystne działanie nie tylko na ciało, ale i na umysł pacyentki. I w tym przypadku pojawiło się działanie uboczne, o którem wspomniano powyżej, w stopniu jednak znacznie niższym. *(Münch. med. Wochenschrift.* 51, 52. 1893).

c) P. Marie okazał w dniu 18. Maja r. b. na posiedzeniu Towarzystwa szpitalnego paryskiego chorą 42-letnią z obrzękiem śluzakowym od 20 lat, którą leczono z początku bez szczególnego skutku wstrzykiwaniami podskórnemi soku gruczołu tarczykowego a następnie (od Października 1893 r.) zadawaniem wewnętrznem gruczołu tarczykowego *in substantia* ze skutkiem tak szczęśliwym, iż obecnie prócz pewnych śladów na twarzy nie widać żadnego zboczenia od prawidła. Po 11 dniach spożywania codziennie obydwóch zrazów gruczołu tarczykowego baraniego chora straciła na wadze $3^1/_2$ kilograma; gdy jednakże wystąpiły przypady ogólne z działania gruczołu tarczykowego, zmniejszono dawkę do jednego zrazu na dzień, następnie co dwa dni a nakoniec do połowy zraza również na dwa dni. Po 70 dniach takiego leczenia chora straciła 10 kilogramów na wadze, pojawiła się znów regularność, umysł wrócił do stanu, jakim był przed chorobą a włosy nawet, które obficie wypadały, odrosły. *(La semaine médicale.* 23. Maja 1894).

— F. Massei: O leczeniu niektórych form przewlekłego zapalenia krtani za pomocą rozpylania kwasu mlekowego.

Przeciwko przewlekłemu zapaleniu krtani, występującemu głównie u śpiewaków, aktorów, kaznodziejów, profesorów, bardzo uporczywemu i nieraz nawet nieustępującemu pod pewnemi zabiegami chirurgicznemi a cechującemu się zgrubieniem i guzowatościami na więzadłach głosowych (*chorditis tuberosa*) tudzież chrypką, skutkuje bardzo często i trwale rozpylanie 2% rozczynu kwasu mlekowego. Ażeby jednak ten skutek otrzymać, trzeba rozpylanie to robić często, po 8 do 10 razy na dzień, i przyrządem wydającym pył płynu skoncentrowany a nie rozproszony na boki. Obok tego leczenia nie należy zaniedbywać innych środków higienicznych w takich razach wskazanych.

Massei przekonał się, że takie rozpylanie kwasu mlekowego skutecznem jest także w liszaju żrącym *(lupus)* i gruźlicy krtani, osobliwie, jeżeli używa się go naprzemian z rozpylaniem 0·2‰ (t. j. 2 na 10000) rozczynu sublimatu.

— H. S. Stark zaleca w gorączce trawiącej *(febris hectica)*:

a) Jeżeli poty są obfite, upadek sił znaczny a gorączka mierna:

67) Rp. *Strychnini sulfurici centigrm.* 2
Atropini sulfurici milligrm. 6
Exti gentianae q. s.
M. exactissime.
F. l. a. pill. duodecim.

S. Rano, w południe i wieczór po pigułce zażywać.

b) Jeżeli wszystkie przypady i gorączka są wybitne:

68) Rp. *Strychnini sulfurici centigrm.* 2
Atropini sulfurici milligrm. 6
Antifebrini grm. 4
M. exactissime.
D. in doses duodecim.

S. Po dwa do trzech proszków dziennie zażywać.

c) Jeżeli jest znaczna gorączka i wielki upadek sił a nie ma potów:

69) Rp. *Strychnini sulfurici centigrm.* 2
Phenacetini grm. 8
Coffeini citrici grm. 1·40
M. exactissime.
D. in doses aeq. duodecim.

S. Po dwa do trzech proszków dziennie zażywać.
(La semaine médicale. 26. 1894).

(W każdym razie ze względu na dosyć duże ilości tak atropiny jak i osobliwie strychniny, zażywanie leków pod 67) do 69) podanych odbywać się może tylko pod ścisłą kontrolą lekarską. Przyp. sprawozdawcy *Przeglądu lek.).*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 7. Czerwca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

Sekcya ginekologiczna.

Postanowiono podać do referatu temat: Obecne poglądy na uleczalność raka macicy. (Referat objął kol. A. Winawer z Warszawy).

W dalszym ciągu zapowiedziano następujące odczyty:

Dr. Jerzykowski (z Poznania): Przyczynek do niepłodności skutkiem utajonej rzeżączki.

Dr. Guliński i A. Fruchtmann (z Warszawy): Sprawozdanie z działalności warszawskiego miejskiego przytułku dla rodzących Nr. 5. za czas od 1885—1894 r.

Dr. Sołowij (z Preszburga): Dwadzieścia laparotomij.

Dr. Borysowicz (z Warszawy): Zabiegi ułatwiające pochwowe wycięcie macicy, zajętej przez złośliwe nowotwory i postępowanie zapobiegające powrotowi cierpienia, na podstawie 20 operowanych przypadków z przedstawieniem okazów i wyrobów drobnowidowych.

Tenże: O szwie powłok brzusznych.

Tenże: Okazanie preparatów ciąży pozamacicznej.

Sekcya higieny i medycyny sądowej.

W dalszym ciągu zapowiedzieli wykłady:

Prof. Dr. Bujwid (z Krakowa): O potrzebie urządzenia zakładu szczepień leczniczo-ochronnych wścieklizny.

Tenże: Ważny a dotąd należycie nieuwzględniony brak w oświetleniu sztucznem przy pracy wieczornej.

Tenże: Doświadczenia nad cholerą w Królestwie Polskiem.

Tenże: Ocena higienicznych własności wody i wykazanie użyteczności różnych filtrów do wody do picia (wykład z demonstracyą).

Tenże: Wykazać najodpowiedniejszy dla naszego klimatu sposób uprzątywania odchodów ludzkich z uwzględnieniem czystości wód bieżących (częściowy udział w referacie zapowiedzianym przez Dra Opolskiego).

Tenże: będzie odbywać demonstracye z dziedziny higieny i bakteryologii w oddziale Wystawy uniwersyteckiej.

Dr. Polak (z Warszawy), redaktor czasopisma *Zdrowie:* O mieszkaniach dla robotników i o łaźniach ludowych z zastosowaniem do naszych potrzeb.

Tenże: Praktyka zapobiegania chorobom zaraźliwym. (Obie prace wspólnemi siłami redakcyi).

Walery Włodzimirski, magister farmacyi i chemik sądowy ze Lwowa: Praktyczne uwagi nad ustawą o fałszowaniu pokarmów i napojów w celu wykazania, w jaki sposób należałoby najodpowiedniej przeprowadzać kontrolę, aby skutecznie zapobiegać nadużyciom. (Wykład z demonstracyą).

Tenże: Porównanie masła prawdziwego z masłem sztucznem, oleomargaryną i innemi surogatami a to pod względem pochodzenia, wyrabiania, składu chemicznego, własności fizycznych i wartości pożywczej.

— Dnia 6. b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lek. krak., na którem po załatwieniu spraw administracyjnych przedstawił kol. prof. Obaliński przypadek kostniejącego zapalenia mięśni, *myositis ossificans.* Przypadek ten tyczy się mężczyzny 28-letniego, nawiedzonego tem bardzo rzadkiem cierpieniem od lat dziewięciu. Od lat kilku zarabia on na życie w ten sposób, iż za opłatą pokazuje się w klinikach i towarzystwach lekarskich.

Kol. Kryński przedstawił chorego, u którego wykonano w klinice prof. Rydygiera tymczasową resekcyę szczęki górnej w celu wycięcia nowotworu złośliwego z *fossa pterygo-palatina.* Obecnie rana jest zago-

jona zupełnie i twarz nie przedstawia żadnego zeszpecenia oprócz dość długiej blizny linijnej na policzku. W dyskusyi zabierał głos kol. Gabryszewski.

Kol. Korczyński Ludomił miał zapowiedziany odczyt p. t.: *Przyczynek do etyologii zapalenia zakaźnego opon mózgo-rdzeniowych*. W dyskusyi brali udział koll. Ponikło, Gluziński, Kwaśnicki, Rosenblatt, Wachholz i Raczyński.

— **Izba lekarska w Krakowie**. Rok dobiega od czasu zawiązania się Izby lekarskiej w Krakowie, instytucyi w naszych stosunkach zupełnie nowej, o doniosłem wszakże znaczeniu dla stanu lekarskiego.

Czynności Izby rozpoczęły się od pierwszego jej zebrania się 25. Lipca 1893, na którem dokonano wyboru Wydziału. W skład jego weszli: jako prezes: Prof. Dr. M. Jakubowski (z Krakowa), jako zastępca jego Dr. Aureli Plech (z Jarosławia), jako członkowie: Prof. Dr. Jordan, Prof. Dr. Łazarski i Dr. Paszkowski. Nadto należą do Izby jako członkowie: Dr. Gawlik (z Suchy), Dr. Jabłoński (z Rzeszowa), Dr. Skakalski (z Podgórza), Dr. Slawik (z N. Sącza), Dr. Wain (z Krosna), Dr. Walczyński (z Tarnowa) a jako ich zastępcy: Dr. Kohn, Dr. Kwaśnicki, Prof. Dr. Pieniążek, Doc. Dr. Zarewicz (wszyscy z Krakowa), Dr. Gedl (z Wadowic), Dr. Świątek (z Podgórza), Dr. Neumann (z Gorlic), Dr. Cwiklicer (z Dobromila), Dr. Bernadzikowski (z Brzeska), Dr. Sędzielowski (z Sędziszowa), Dr. Dietzius (z Jarosławia).

Na następnem zebraniu Izby (4. Listopada 1893) zajęto się głównie ułożeniem regulaminu dla Izby i Wydziału, niemniej jak i ułożeniem budżetu na drugą połowę r. 1893 i na r. 1894; wreszcie na 3-ciem zebraniu (5. Maja b. r.) uchwalono trzecią część regulaminu dla Wydziału Izby, jako rady honorowej, postanowiono wnieść podanie do Ministerstwa sprawiedliwości w sprawie regulacyi taks sądowo-lekarskich, wreszcie przyjęto w zasadzie myśl założenia kasy wsparcia dla lekarzy i ich rodzin.

Referentem Wydziału w sprawie regulaminu i taks sądowo-lekarskich był Prof. Dr. Łazarski; w tej ostatniej nader pomocnym okazał się elaborat, wypracowany zawodowo przez Dra Ign. Schaittera w Krakowie.

Powyższe kwestye roztrząsał w szczegółach poprzednio Wydział Izby, który odbył dotąd 8 posiedzeń w komplecie.

Ze spraw administracyjnych najważniejszą było spisanie dokładne wszystkich lekarzy, do okręgu krak. Izby należących, a to za pomocą rozesłanych w tym celu odpowiednich formularzy rodowodów. Przytoczyć należy, że wszyscy niemal lekarze, z bardzo nielicznymi wyjątkami, rychło pospieszyli zadośćuczynić temu wezwaniu Izby, pojmując ją słusznie jako orędowniczkę swoich własnych interesów. Z dokonanych spisów okazało się, że w m. Krakowie przebywa 160, a w 31 powiatach zachodniej Galicyi przeszło 270 lekarzy; do okręgu krak. Izby lek. należy zatem ogółem około 430 lekarzy. Lista ich zostanie z końcem b. r. ogłoszona drukiem i przesłana wszystkim do Izby należącym lekarzom.

Dotychczas wydała Izba własnym nakładem ustawę z dnia 22. Grudnia 1891 (o zaprowadzeniu Izb lek.) a skoro tylko regulaminy Izby uzyskają zatwierdzenie Władz, będą one również każdemu z członków Izby doręczone.

Biuro Izby znajduje się dotąd w prywatnem mieszkaniu Prof. Dra Jakubowskiego; od Lipca jednak b. r. zostanie ono otwarte w osobnym, wynajętym lokalu i pomieści w sobie archiwum Izby i kancelaryę dla prowadzenia spraw bieżących oraz ma służyć za miejsce narad dla Izby i Wydziału. *L. K.*

— Zdrojowisko krynickie wyłączono z początkiem Maja r. b. z pod zarządu domen i lasów państwowych i przeniesiono pod bezpośrednie zawiadywanie Namiestnictwa galicyjskiego, gdzie agendy jego załatwia biuro sanitarne. Z sumy, jaka przypadła na rzecz dóbr funduszowych, pozostających w administracyi rządowej, z tytułu wykupna prawa propinacyi, przeznaczono znaczną, bo do 180.000 złr. dochodzącą kwotę na inwestycye mające na celu uporządkowanie i rozwinięcie zakładu krynickiego tak, żeby odpowiadał wszelkim słusznym wymaganiom teraźniejszym. Rzecz oczywista, że większe budowle i roboty inżynierskie będzie można rozpocząć dopiero po sezonie tegorocznym, lecz już i w tym roku publiczność, zwiedzająca zdrojowisko krynickie, zastanie niejedną zmianę, z której przekona się, że teraźniejszy zarząd zdrojowiska krynickiego stara się, o ile tylko można, uwzględnić w całej pełni słuszne wymagania gości zdrojowych. W dniu 3. Maja odbył JE. Pan Namiestnik osobiście lustracyę Zakładu zdrojowego w Krynicy, ażeby udzielić aprobaty wydanym zarządzeniom i przekonać się o dalszych potrzebach Zakładu.

Jedną z ważnych nowości, jakie w tym roku zastaną zwiedzający Krynicę, jest otwarcie do powszechnego użytku nowego źródła, t. zw. zdroju Karola czyli źródła pobocznego. Znano go wprawdzie od początku bieżącego wieku, ale dotychczas uznawano jego wodę za nienadającą się do celów leczniczych i wypuszczano ją do pobliskiego potoka. Zarządzone teraz przez Namiestnictwo badania umiejętne wykazały jednakże, iż jest to prosta szczawa, jako napój higieniczny bardzo cenna, mogąca zupełnie dobrze utrzymać konkurencyę z innemi wodami tego rodzaju. Woda ze zdroju Karola w Krynicy jest bezwonna, przeźroczysta, badana w różnych porach i w rozmaitej ciepłocie atmosfery wykazuje zawsze nie więcej nad + 8° C., zawiera znaczną ilość kwasu węglowego i ztąd ma smak kwaskowaty, orzeźwiający; żelaza mały ślad, wapna zaledwie ¼ część tej ilości, która znajduje się w zdroju głównym; woda ta nie tworzy żadnego osadu nawet po dłuższem staniu, ani też po zagotowaniu. Wydatność zdroju wynosi 1000 litrów na godzinę.

Przez oddanie wody ze zdroju Karola do użytku powszechnego ustaje jeden z głównych braków zdrojowiska Krynickiego, t. j. brak dobrej wody do picia.

Nie przeszkadza to jednak, iż w najbliższym czasie rozpoczną się prace około ulepszenia i rozszerzenia wodociągu zakładowego.

— **Nekrologia**. Zmarli: w dniu 8. Maja r. b. w Żywcu na gruźlicę płuc Dr. Maryan Ludwik Kulczycki, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, przeżywszy lat 28. Po ukończeniu nauk był przez dwa lata lekarzem pomocniczym w zakładzie Dra Chramca w Zakopanem, gdzie cieszył się zaufaniem publiczności. W r. z. osiadł w Żywcu, gdzie postęp choroby płucnej nie pozwolił mu zajmować się czynnościami zawodowemi. Był to cichy, sumienny pracownik, który pozostawił po sobie prawdziwy żal kolegów i chorych szukających u niego pomocy lekarskiej. — W Nowym Jorku Dr. Mackiewicz. — W Warszawie Dr. Ludwik Biberstein. — W Siedlcach Dr. Franciszek Zięcina. — W Petersburgu znany dermatolog i syfilidolog Dr. Edward Sperk, urodzony w r. 1837. w Mohilewie. — W Lugdunie profesor Glénard.

Redakcya otrzymała:

Dr. J. Grosmann. Die Bedeutung der hypnotischen Suggestion als Heilmittel. Berlin 1894. Deutsches Verlagshaus Bong et C°.

W. Ołtuszewski. O zboczeniach mowy, jąkaniu i bełkotaniu. Warszawa 1892.

Tenże. Szkic fizyologii mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego. Warszawa 1893.

Walenty Seweryn. Leczenie cholery. Warszawa 1894.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryusza i lekarza domowego w izraelickim szpitalu i przytulisku kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszem konkurs.

Z posadą tą, która nadaje się na przeciąg 3 lat, połączoną jest roczna płaca 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Ubiegający się winni się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich, względnie doktora medycyny i chirurgii, tudzież znajomością języka polskiego, a mają kompetenci stanu wolnego pierwszeństwo przy obsadzeniu tej posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżej statut szpitala.

Podania kompetencyjne wnosić należy najpóźniej po koniec Czerwca 1894 roku do kancelaryi Zboru izrael. przy ul. Rzeźnickiej l. 5. we Lwowie.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów, dnia 15. Maja 1894. 132—3—3

L. 541.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się **do końca Czerwca 1894. roku.** 141—3—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 16. Czerwca 1894 r. Nr. 24.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffe, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Sigmund utrzymywał, że kiła dziedziczna pochodzi zawsze od matki, nie napotkał bowiem ani jednego przypadku, w którymby matka dzieci kiłowych nie przedstawiała objawów kiły; według Boecka przekazuje się kiła od ojca tylko w rzadkich i wyjątkowych przypadkach, źródłem kiły dziedzicznej bywa prawie zawsze choroba matki; Eisenschitz i Sturgis twierdzili też, iż kiłę potomstwu przekazuje zawsze matka, ojciec zaś kiłowy płodzi z wolną od kiły matką zdrowe dzieci; dopiero gdy matka nabędzie kiły, przychodzą na świat dzieci, dotknięte objawami kiły dziedzicznej; Lewin mniemał, iż kiła zawsze od matki przekazuje się potomstwu; Engelstedt wątpił, iżby kiła ojca mogła udzielać się dzieciom; według jego zdania, kiła dziedziczna powstaje zawsze w następstwie kiły matki; wprawdzie mniema on, iż niezawsze u matki dzieci kiłowych można wykazać swoiste objawy, lecz matka wtedy ma kiłę utajoną.

Bardzo dokładnie rozpatrzona jest sprawa przekazywania dziedzicznego kiły od matki w starannie opracowanej i obszernej rozprawie duńskiego autora Flindta, który usiłuje udowodnić, iż zdrowe i wolne od kiły matki zawsze wydają na świat zdrowe i niezakażone potomstwo; dzieci zaś dotknięte objawami kiły dziedzicznej nabywają choroby od matki bez udziału ojca; zdaniem Flindta przyrzut kiłowy przechodzi z matki na płód drogą obiegu krwi przez łożysko; zaprzecza on stanowczo temu, iżby kiła matki dostawała się potomstwu za pośrednictwem zakażonego jajka [1].

[1]) l. c. str. 151 i 254—261.

Krańcowe poglądy Flindta podzielał także i Wolff [1]) który też twierdził, iż dzieci, spłodzone z kiłowego ojca i zdrowej matki pozostają zdrowe i niezakażone, potomstwo zaś zrodzone z kiłowej matki odziedzicza zawsze jej chorobę pomimo udziału ojca. Wolff więc i Flindt najzupełniej zaprzeczają możliwości pochodzenia kiły dziedzicznej od ojca zakażonego. Podobne też zdanie wypowiedział Roth [2]), opierając się na wynikach bakteryologicznych w ostrych chorobach zakaźnych i stósując je do przewlekłych chorób zakaźnych i do kiły, odrzuca wszelką możliwość dziedziczenia kiły za pośrednictwem zakażonego nasienia lub jajka; mniema natomiast, iż przyrzut kiłowy dostaje się od matki do płodu li tylko za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi. Na poparcie zaś swej teoryi przytacza przypadki, w których kiłowy ojciec płodził zdrowe i wolne od oznak kiły potomstwo.

Wśród zwolenników wyłącznego udziału matki w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły napotykamy nazwiska Julliena [3]), Fourniera [4]), Gaya [5]), Müllera [6]), Hallopeau [7]) i Otisa [8]). Jullien wypowiada zdanie, iż kiła dziedziczna nie może nigdy powstać bez udziału matki, ojciec zaś kiłowy nie przekazuje wprost swej choroby potomstwu, lecz udział jego objawia się w ten sposób, iż udziela kiły matce, ta zaś przekazuje chorobę dzieciom. Fournier w kile matki upatruje jedyne prawie źródło kiły dziedzicznej. Gay i Müller wypowiadają też podobne zdanie. Hallopeau powątpiewa, iżby kiła ojca mogła przejść na

[1]) Zur Frage der paternen Infection bei hereditärer Syphilis. Inaug. dissert. Strassburg. 1879. str. 33.

[2]) Berliner klinische Wochenschrift. 1883. 20.

[3]) Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1879. str. 995—998.

[4]) l. c. str. 46.

[5]) Kurs wenericzeskich bolieznej. Kazań. 1883. IV. wydanie str. 431.

[6]) Grundzüge der Pathologie und Therapie der Syphilis. Leipzig 1884. str. 107.

[7]) Annales de dermat. et syphil. 1884. 11. str. 658.

[8]) Journal of cutan. and genito-urinary diseases. 1886. 3. 4.; Viert. f. Dermat 1886. str. 674.

potomstwo. Otis twierdzi, iż przyrzut kiłowy nie może przenieść się z zakażonem nasieniem od ojca, lecz kiła dziedziczna powstaje w ten sposób, iż dziecko spłodzone przez matkę kiłową, nabywa choroby od matki za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi.

Jakkolwiek z licznych spostrzeżeń, nagromadzonych przez obrońców teoryi wyłącznego udziału matki w sprawie dziedziczenia kiły, wypada, iż kiłowa matka zawsze przekazuje swą chorobę potomstwu, napotykają się jednak niekiedy przypadki, wprawdzie nieliczne, w których matki, znajdujące się w okresie drugorzędnej kiły, wydają potomstwo na świat zdrowe i wolne od objawów kiły dzieci; spostrzeżenia w tej mierze ogłosili: Hebra[1]), Violet[2]), Stein[3]), Oewre[4]), Boeck[5]), Kassowitz[6]), Orth[7]), Thiry[8]), Fournier[9]), Zeissl[10]), Krówczyński[11]) i inni.

Zestawiwszy poglądy i twierdzenia zwolenników teoryi wyłącznego od matki przekazywania kiły potomstwu, wypada nam rozpatrzyć się w nich krytycznie; przed tem jednak zwrócić uwagę musimy, iż w poprzednim rozdziale omawiając udział ojca w dziedziczeniu kiły, przytoczyliśmy już liczny szereg przypadków, przemawiających przeciwko teoryi wyłącznego udziału matki w sprawie dziedzicznego przekazywania kiły potomstwu; przypominam też tu, iż przypadki wymienione tyczyły się zdrowych i wolnych od wszelkich objawów kiły matek, które z kiłowymi ojcami płodziły potomstwo z objawami kiły dziedzicznej.

Co się zaś tyczy dowodów, na których opierają się zwolennicy omawianej teoryi, przeważnie składają się one ze spostrzeżeń na zdrowych matkach, które z kiłowymi ojcami płodziły zdrowe i wolne od kiły potomstwo; wiemy jednak, iż w wielu przypadkach świeża nawet kiła ojca, właściwie leczona, wcale nie udziela się dzieciom, co następuje wskutek tego, iż przyrzut kiłowy wskutek działania swoistych środków traci swe własności zakaźne (przypadki Grünfelda[12]) Fourniera[13]), Zeissla[14]); następnie zaś, nawet nieleczona kiła ojca w późniejszym swym przebiegu z tegoż samego powodu staje się dla potomstwa coraz mniej niebezpieczną i szkodliwą; z innej zaś strony wcale nie brakuje wielu spostrzeżeń, w których kiłowy ojciec pomimo energicznego leczenia w ciągu kilku i nawet kilkunastu lat płodzi zakażone kiłą dzieci, matka zaś pozostaje zdrową i wolną od wszelkich objawów kiły; o podobnych przypadkach mówiliśmy już w poprzednim rozdziale.

Wracając do spostrzeżeń, ogłoszonych w celu udowodnienia wyłącznego udziału matki w sprawie przekazywania kiły dzieciom, i rozpatrując się w nich, przekonywamy się, iż są często niedokładnie opisane; najczęściej brakuje w nich szczegółów o przebiegu kiły rodziców przed zapłodnieniem, o kile zaś ojca pobieżne znajdujemy wzmianki; zwykle nie się nie wspomina o tem, czy leczono kiłę ojca czy też wcale jej nieleczono, w jakim znajdowała się okresie choroba ojca w chwili zapłodnienia matki, a więc pozbawieni jesteśmy możności sądzenia o tem, czy kiła ojca była jeszcze zaraźliwą, czy tez utraciła już zdolność przekazywania się. W przypadkach, podanych przez Oewrego, o kile ojca powiedziano, iż nabył jej przed 2 — 4, 5 — 9 laty. Słusznem więc byłoby tu przypuszczenie, iż choroba ojca już była wyleczona lub że, co najmniej, przyrzut kiłowy miał czas utracić swe własności zakaźne; nie ulega też wątpliwości, iż w takich okolicznościach kiła ojca nie powinna była udzielać się potomstwu; przypadki więc Oewrego nie mogą wcale przemawiać przeciwko możliwości przekazywania kiły przez ojca dzieciom.

W przypadkach Wolffa ojciec przebywał zwykle kiłę przed kilku laty i był kilkakrotnie leczony; wobec tego przypuszczać możemy, iż kiła ojca musiała utracić swe zakaźne własności i wskutek tego nie udzieliła się potomstwu. Można wreszcie zgodzić się nawet i na to, iż przytaczane przez zwolenników teoryi wyłącznego udziału matki przypadki dowodzą pochodzenia kiły dziedzicznej od matki, nie mogą jednak przemawiać przeciwko przekazywaniu kiły od ojca dzieciom, oraz nie dowodzą wyłącznego udziału matki w sprawie odziedziczania kiły.

Widzimy więc, jak mało uzasadnionem jest twierdzenie Culleriera, Notty, Flindta, Wolffa i innych, że kiła potomstwa pochodzi zawsze od matki, ojciec zaś kiłowy nie przekazuje swej choroby dzieciom.

Za dowiedziony uważamy jednak **udział matki kiłowej w niektórych przypadkach kiły dziedzicznej potomstwa**. Jak już wyżej nadmieniliśmy, zdania autorów różnią się co do sposobu, w jaki przyrzut kiłowy udziela się od matki płodowi: jedni twierdzą, iż kiła dziedziczna dzieci, zrodzonych z matki kiłowej i zdrowego ojca powstaje z zakażonego jajka (Sigmund, Zeissl, Geigel[1]); inni zaś (Johns, Baerensprung Baumler, Drysdale[2]) i Diday twierdzą, iż udział matki wyraża się w ten tylko sposób, iż w chwili zapłodnienia nasienie kiłowego ojca zakaża jajko, z którego następnie powstaje kiłowy płód; zdaniem zaś Coopera[3]), Höldera[4]), Flindta, Wolffa kiła dziedziczna powstaje nie z zakażonego jajka, lecz za pośrednictwem obiegu krwi drogą łożyskowego zarażenia się od matki. Najwięcej jednak zwolenników ma zdanie, według którego poprzednia kiła matki, t. j. nabyta przed zapłodnieniem może przenosić się na płód za pośrednictwem zakażonego jajka, lub też obiegu krwi w łożysku, kiła zaś nabyta przez matkę w ciąży udziela się niekiedy płodowi przez łożysko.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) Wiener medic. Wochenschrift 1860. 12.
[2]) Étude de la syphilis infantile. Paris 1874. str. 35.
[3]) Memorabilien 1867. XII. 3.
[4]) Archiv für Dermat. und Syphilis. 1870. 1. str. 13.
[5]) l. c. str. 179.
[6]) l. c. str. 443—435.
[7]) Über die Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters. Heidelberg 1880. str. 11—12.
[8]) Presse medic. belge 1880. XXXII. str. 97—100.
[9]) l. c. str. 39, 57, 246.
[10]) Lehrbuch der Syphilis. IV. Aufl. Stuttgart 1882. str. 638.
[11]) Syfilidologia. Kraków 1889. str. 332.
[12]) Wiener medizin. Presse 1879. 47.
[13]) l. c. str. 41.
[14]) Wiener medizin. Wochenschrift 1880. 4. 5.

---

[1]) Geschichte und Pathologie der Syphilis. Würzburg 1867. J. str. 296.
[2]) Vierteljahrschft für Dermatol. und Syphilis. 1876. 2. str. 306.
[3]) Behrend's Syphilidologie 1839. I. str. 380.
[4]) Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. str. 298.

II. Z zakładów sądowo-lekarskiego i fizyologicznego w c. k. Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sądowo-lekarskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Doświadczenie I. Królik średniej wielkości, ważący 2 klgr. Czas trwania doświadczenia 21 godzin 20 minut. Dnia 1. Lutego wstrzyknięto podskórnie w okolicę tylnych kończyn o godzinie 12-tej w południe 2·5 cm. sz. 3% roczczynu karbolu. Królik zachowuje się prawidłowo, z początku tylko zastraszony. Po upływie 20 minut wstrzyknięto ponownie 2·5 cm. sz. tegoż samego roczczynu — brak objawów. W 40 minut później znowu 2·5 cm. sz. W 4 godziny od chwili pierwszej injekcyi wstrzyknięto 4 cm. sz. rozczynu, po 20 minutach znowu 4 cm. sz., w 45 minut potem 5 cm. sz. — żadnych objawów. W 14 godzin po ostatniej injekcyi królik wesoły, je koniczynę. Zastrzyknięto 4½ cm. sz. 5% rozczynu, w 15 minut potem 5 cm. sz. tego samego rozczynu. Wkrótce po tej injekcyi włókienkowe drgania mięśni i niepokój. W 10 minut potem przewraca się królik — mocne, ogólne drgawki kloniczne, czasem przechodzące w drgawki tężcowe. W 20 minut potem słabnie odruch rogówkowy, królik leży, oddech wolny, ciężki. W pół godziny potem królik oddaje nieco moczu, odruch rogówkowy zniesiony, oddech przerywany, śmierć. Razem zużyto 1·3 czystego karbolu.

Przy sekcyi prócz przekrwienia narządów wewnętrznych nie dostrzeżono żadnych zmian wybitnych. Krtań, tchawicę i oskrzela wyjęto ostrożnie, nie nacinając ich, następnie pocięto je na drobne kawałki, roztworzono małą ilością wody destylowanej, zakwaszono kwasem siarkowym roztworzonym i przedestylowano. Również przedestylowano po zakwaszeniu mocz, który był jasno zabarwiony, i krew z serca prawego, roztworzoną wodą destylowaną.

Destylat moczu barwił się za ogrzaniem z NH_3 i podchlorynem wapniowym wybitnie niebiesko, z odczynnikiem Millona krwisto czerwono. Destylat krwi nic nie wykazał z obydwoma odczynnikami. Destylat z tchawicy, oskrzeli i krtani barwił się wyraźnie różowo z odczynnikiem Millona; po zagrzaniu z NH_3 i podchlorynem wapniu wynik ujemny.

W doświadczeniu tem można było wykazać obecność karbolu w moczu, w mniejszej zaś ilości w destylacie z krtani, tchawicy i oskrzeli. W destylacie z krwi nie wykryto karbolu. Ilościowych rozbiorów nie zrobiono, jednak już same odczynniki, użyte do wykrycia karbolu, pozwalają sądzić w przybliżeniu o jego ilości. I tak odczyn karbolu z NH_3 i podchlorynem wapniowym jest jeszcze wyraźny w roztworzeniu karbolu 1 : 20,000 wody, z odczynnikiem Milona jest jeszcze wyraźny wedle Ludwiga [1]) w roztworzeniu 1 : 200,000, wedle Lewina [2]) w roztworzeniu 1 : 1,000,000 wody.

Gdy zatem płyn otrzymany przez destylacyę moczu dawał odczyn z NH_3 i podchlorynem wapniowym i odczynnikiem Millona, destylat z tchawicy zaś i t. d. tylko z ostatnim, przeto mocz zawierał karbolu o wiele więcej, niż tchawica. Obecności karbolu w tchawicy nie można tłómaczyć przypadkowem dostaniem się jego do dróg oddechowych, gdyż karbol wstrzykiwano pod skórę tylnych kończyn, tchawicę zaś i oskrzela wyjęto osobnemi i czystemi narzędziami.

Nasuwałaby się jeszcze uwaga, że odczyn karbolu w destylacie z tchawicy pochodzi z karbolu we krwi, w tchawicy i oskrzelach, jednak w takim razie musiałby wypaść ten sam odczyn z destylatem krwi dodatnio. Tymczasem destylat krwi nie dawał obu wymienionych odczynów. Mimo to jednak zawierała zapewne i krew w sobie karbol, lecz w ilości tak małej i w takiem roztworzeniu, że nie można było wykryć jej odczynnikiem Millona.

Mając na pamięci i tę wykazaną na pewne okoliczność, że karbol znajduje się w nader małych wprawdzie ilościach w prawidłowym ustroju ludzkim i zwierzęcym, zwłaszcza w zboczeniach przewodu pokarmowego, powiększających w nim gnicie [1]), zbadałem destylat z tchawicy i t. d. innego królika nie otrutego karbolem; badanie to jednak karbolu nie wykryło. Wreszcie nadmieniam, że królik użyty do doświadczenia nie okazywał w przewodzie pokarmowym żadnych zboczeń anatomicznie dających się wykazać.

Zatem wstępne to doświadczenie pouczyło, iż kwas karbolowy znajduje się u otrutych nim w moczu (w większej ilości), wreszcie w narządach oddechowych (w mniejszej ilości). Czy i we krwi znajduje się, tego nie rozstrzygnęło doświadczenie, jednak należy przypuścić jego tam obecność.

Obecność karbolu w narządach oddechowych można teoretycznie dwojako tłómaczyć a mianowicie: albo wydziela się kwas karbolowy ze krwi w płucach za wydechem lub też wydziela się on przez same narządy oddechowe, t. j. przez błonę śluzową dróg oddechowych, podobnie jak się wydziela rtęć przez błonę śluzową jelit.

Celem rozstrzygnięcia tych wątpliwości wykonałem szereg odpowiednich doświadczeń, z których dla krótkości przytoczę trzy według protokółów.

Doświadczenie II. Na króliku ważącym 1,800 grm., wykonałem tracheotomię; wolny koniec kaniuli połączyłem zapomocą stósownego drenu z rurką szklaną w kształcie litery Y; jedno ramię tej rurki było połączone zapomocą drenu z wentylem rtęciowym Müllera, dozwalającym królikowi wdechać tą tylko drogą, drugie zaś ramię łączyło się z próżną kolbką szklaną, szczelnie zamkniętą, połączoną znowu w dalszym ciągu przez dren z drugim wentylem rtęciowym Müllera, który dozwalał królikowi wydechać w tym tylko kierunku. Kolbka szklana, przez którą zatem przechodziło powietrze wydechowe, spoczywała w mięszaninie oziębiającej (lód z $CaCl_2$). Tutaj więc musiała się skraplać para wodna znajdująca się w powietrzu wydechowem, jak również i kwas karbolowy, jeźliby był w niem.

Po tem przygotowaniu wstrzykiwałem 5% rozczyn kwasu karbolowego królikowi pod skórę kończyn tylnych. Po 4 godzinach doświadczenia wystąpiły u królika naprzód drgania włókienkowe mięśni, potem drgawki ogólne krótko trwające, przechodzące z czasem w drgawki tężcowe. Po upływie 45 minut od pierwszych objawów zatrucia, ustały drgawki i niepokój, odruch rogówkowy stawał się coraz słabszym, oddech był niespokojny, chwilami nasilony, to znów bardzo słaby i powierzchowny (zmianę w oddechu zaznaczały doskonale przez szelest wentyle Müllera), poczem ustał oddech, choć serce jeszcze uderzało słabo, wreszcie nastąpiła śmierć zwierzęcia pod koniec piątej godziny doświadczenia. Ogółem zużył królik 1·7 karbolu czystego.

Sekcya natychmiast wykonana wykazała przekrwienie wewnętrznych narządów; miejsca, w które wstrzykiwano karbol, były jakby ugotowane, płuca bez wynaczynionek podopłucnowych, w ogóle bez zmian, nerki soczyste, nastrzyknięte, na przekroju miąższ ich wypukłał się; serce zawierało w obu komórkach krew ciemną, płynną, wielkie naczynia wypełnione również płynną i ciemną krwią. Pęcherz mocno rozdęty moczem jasnym, nieco mętnym, zresztą bez zmian. Ostrożnie wydobytą krtań i tchawicę z płucami, po jaknajdokładniejszem wyciśnieniu i spłukaniu krwi (tchawica była podwiązana) pocięto na drobne kawałki i poddano, podobnie jak w pierwszem doświadczeniu, destylacyi. Tak samo przedestylowano mocz wraz z pęcherzem na kawałki pociętym, tudzież krew z serca i z dwóch głównych naczyń.

[1]) Medicinische Chemie. Wien u. Leipzig. 1885.
[2]) Lehrb. d. Toxikologie. 1885. Pag. 221.

[1]) Lehrb. d. Intoxicationen von Kobert. 1893.

Kawałki z nerek przechowano podobnie jak w pierwszem i w następnych doświadczeniach do zbadania mikroskopowego.

Rezultat rozbioru chemicznego był następujący: w skroplonej parze wodnej, mieszczącej się w kolbce oziębionej, nie daje się wykryć karbol ani NH_3 i podchlorynem wapniowym, ani odczynnikiem Millona; destylat z krwi daje wyraźny, ale słaby odczyn z odczynnikiem Millona; destylat tchawicy i płuc barwi się wybitnie różowo (o wiele mocniej, niż destylat krwi) z odczynnikiem Millona, z NH_3 i podchlorynem wapniowym występuje zasinienie rozczynu zaledwie dostrzedz się dające. Destylat moczu barwi się żywo czerwono z odczynnikiem Millona, z NH_3 i podchlorynem wapniowym jasno błękitnie.

Z powyższego doświadczenia wypada, że kwas karbolowy wydziela się z ustroju w głównej części moczem, że we krwi znajduje się on również, że w powietrzu wydechowem go niema, że wydziela się w drogach oddechowych, w mniejszej jednak ilości, niż moczem.

D o ś w i a d c z e n i e III. Duży kot otrzymał w przeciągu 3 godzin 1·70 czystego karbolu w postaci wstrzykiwań podskórnych 5% rozczynu w okolicę łap tylnych. Po $2^1/_2$ godzinach wystąpiły mocne drgawki, zrazu kloniczne, potem tężcowe przemijające. Przy sekcyi znaleziono: żywe nastrzyknięcie błony śluzowej krtani, tchawicy i oskrzeli, którą powlekał ciągnący się, gęsty śluz, zwłaszcza w miejscach rozdziału tchawicy na główne oskrzela. Płuca w częściach tylnych przekrwione, wszędzie powietrzne. Narządy gruczołowe przekrwione. Serce próżne, mięsień sercowy blady. Pęcherz próżny (kot oddał mocz na samym początku doświadczenia).

Badanie chemiczne skroplonej pary wydechowej karbolu nie wykazało. Destylat z płuc, tchawicy i t. d. różowieje wyraźnie po zagrzaniu z odczynnikiem Millona. Destylat z krwi wziętej z głównych naczyń daje słabe (słabsze niż destylat z płuc i t. d.), ale jeszcze wyraźne zaróżowienie z odczynnikiem Millona.

D o ś w i a d c z e n i e IV. Duży kot. Przygotowanie do doświadczenia, jak w dwóch poprzednich. W ciągu 6 godzin wstrzyknięto pod skórę tylnych łap ogółem 1·5 czystego karbolu (wstrzykiwano, jak poprzednio rozczyn 5%). W 3 godziny po pierwszej injekcyi wystąpiło drżenie włókienkowe, w połowie 4-tej godziny mocne drgawki, które powtarzały się dość często i były kloniczne; w drugiej połowie 5-tej godziny drgawki były słabsze. Odtąd oddech przerywał się coraz bardziej, odruch rogówkowy słabnął coraz bardziej, wreszcie pod koniec 6-tej godziny ustało oddychanie i akcya serca.

Sekcya zaraz wykonana wykazała: nastrzyknięcie błony śluzowej dróg oddechowych, gęsty w nich śluz, w części tylnej dolnego płatu płuca lewego ognisko wielkości orzecha laskowego, bezpowietrzne, zbite, dość kruche, na przekroju dobywa się za uciskiem z przeciętego oskrzelka czop gęstego śluzu. Zresztą dobywają się na przekroju reszty płuc z przeciętych oskrzeli tu i owdzie czopki szklistego śluzu. Inne narządy wewnętrzne okazują przekrwienie.

Badanie chemiczne nie wykazało w skroplonej parze wydechowej karbolu, natomiast bardzo wyraźnie w destylacie moczu. W destylacie z płuc i t. d. próba z odczynnikiem Millona wypadła wyraźnie, nie tak wyraźnie zaś w destylacie krwi.

Jakkolwiek we wszystkich owych doświadczeniach, wyjąwszy pierwsze, zdołałem wykryć kwas karbolowy w destylacie z krwi, to jednak w żadnym nie zdradzała jego obecności we krwi woń właściwa. Zwracam zaś na tę okoliczność dlatego uwagę, ponieważ E. Sawicki [1]), opisując przypadek otrucia się kwasem karbolowym człowieka cierpiącego na zadumę, podaje, iż upuszczona za życia „krew cuchnęła mocno kwasem karbolowym“.

Badanie mikroskopowe ogniska bezpowietrznego, znalezionego w płucu lewem kota użytego w czwartem doświadczeniu wykazało świeżą sprawę zapalną w pęcherzykach płucnych, około drobnych oskrzeli i naczyń; pęcherzyki płucne wypełniały po części ciałka wypocinowe, po części zaś komórki przybłonkowe złuszczone, około zaś naczyń i oskrzeli widać było naciek drobnokomórkowy.

Badanie nerek zwierząt użytych do doświadczeń wykazało tu i owdzie obumarcie przybłonków obok zwyrodnienia miąższowego. Zmiany te są zresztą zupełnie zrozumiałe, odkąd je zdołali wywołać sztucznie Browicz, Kohn, Lassar, Litten [1]) przez zatruwanie zwierząt przetworami drażniącemi jak kantarydyną, aloiną, solami chromowemi i t. d. W ostatnich zaś czasach przekonał się Vilkinson [2]) doświadczalnie, że tak fenol, jak i antypiryna, wywołują obok innych zmian także miąższowe zapalenie nerek.

Zatem doświadczenia moje doprowadzają do następujących wniosków:

1) Karbol wchłonięty do ustroju znajduje się we krwi i wydziela się z niej głównie przez nerki, wywołując w nich bądź to zmiany nekrobiotyczne, bądź to obumarcie przybłonków, jak to już dawniej wykazali różni autorowie.

2) Karbol wydziela się także i w narządzie oddechowym. Ponieważ w skroplonej parze wydechowej zwierząt do doświadczeń użytych nie można go wykryć, we krwi wykazuje się jego obecność słabym tylko odczynem, w destylacie zaś z krtani, tchawicy i płuc otrzymuje się odczyn bardzo wyraźny, przeto, opierając się prócz tego na zmianach spostrzeżonych przez wielu autorów w drogach oddechowych i płucach ludzi zmarłych z otrucia fenolem i na własnych dwóch przypadkach, jak również doświadczeniach powyższych, okazuje się, iż karbol wtórorzędnie i zdala od miejsca aplikacyi narusza drogi oddechowe, podobnie jak to robią przetwory rtęci w ścianach jelita, zwłaszcza grubego.

3) Przebieg otrucia karbolem u człowieka a u zwierząt ciepłokrwistych różni się tem, iż u tych przeważa okres drgawek, t. j. niejako okres podniecenia, gdy u ludzi okresu tego najczęściej nie ma, bo go zastępują od samego początku śpiączka i porażenia.

Kończąc powyższe zdanie sprawy ze swych doświadczeń uważam za miły obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie prof. Halbanowi za łaskawe zezwolenie ogłoszenia dwóch przypadków otrucia karbolem, prof. Cybulskiemu za łaskawe użyczenie mi gościny w swym zakładzie do podjęcia doświadczeń na zwierzętach i za życzliwe rady i wskazówki, wreszcie koledze Szymonowiczowi za pomoc w przygotowaniu preparatów mikroskopowych.

Już po ukończeniu powyższej pracy doszedł do mej wiadomości przypadek otrucia za pomocą karbolineum, opisany przez Flattena [3]). Mężczyzna otruty tym przetworem, zmarł po 10 godzinach wśród śpiączki. Przy sekcyi okazało się, iż obok nieżytu ostrego dróg oddechowych było świeże, nieżytowe zapalenie górnej części dolnego płatu prawego płuca. Gdy tak krtań, jak i tchawica nie okazywały śladów nadżarcia, przeto zupełnie słusznie odnosi autor przyczynę zmian w narządzie oddechowym, powstałych w ciągu ostatnich 10 godzin życia do działania wydzielającego się w narządzie oddechowym karbolu, jak to Langerhans przypuszczał a ja wykazałem doświadczalnie.

[1]) Uleczenie człowieka otrutego kwasem karbolowym. Opisał Dr. Edward Sawicki. Przegląd lek. 1874. Nr. 1, str. 4.

[1]) Cohnheima odczyty z patologii ogólnej. Warszawa 1884. T. III. str. 141.

[2]) Ueb. Veränderungen, welche durch toxische Dosen von Carbolsäure i t. d. Virchow-Hirsch Jahresb. 1892. I.

[3]) Vergiftung durch Carbolineum. Vierteljschr. f. ger. Med 1894. III. F. VII. B. 2, H.

III. Z oddziału chirurg. prym. Dra Ziembickiego we Lwowie.

Macica jednorożna z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Podał
Dr. Bronisław Skałkowski,
b. asystent i operator kliniki prof. Chrobaka w Wiedniu, lekarz chorób kobiecych i akuszer we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

A. Martin *(Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten.* 1887. str. 52.) opisuje przypadek podobny do powyż opisanego, tylko że w przypadku Martina nie przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki i że szyjka macicy lewej przechodziła w bardzo słabo rozwinięty róg macicy, który łączył się ściśle z guzem wymacać się dającym po prawej stronie. W przypadku tym naciął Martin szeroko od strony pochwy, co jeszcze kilka razy musiał zrobić a wreszcie ścianę pomiędzy obiema pochwami wyciął i rozciął przegrodę między oboma rogami macicy. Mimo tego treść krwisteku w zaułkach rogu prawego macicy zatrzymując się, sprawiała szybki jej rozkład. Wspomniana pacyentka Martina w 5 lat później rodziła i teraz ma być zupełnie zdrową. W przypadku tym część wytworzonej pochwy po stronie prawej dozwoliła na większe nagromadzenie się treści w dolnym odcinku tak, że zanim jeszcze przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki, już dolegliwości były tak wielkie, że chora zmuszoną była zasięgnąć pomocy lekarskiej. Gdyby zaś było przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki, zdaje mi się, że byłby Martin również wyciął trąbkę i jajnik.

Również i E. Fraenkel *(Breslauer ärztliche Zeitschrift.* 1887. IX. 74.) wykonał w podobnym przypadku kilkakrotnie punkcyę, poczem rozszerzył otwór przez krzyżowe cięcia i w ten sposób sprowadził wyleczenie. Większość jednak autorów zgadza się, że wytrzebienie (wycięcie jajnika i trąbki) po stronie chorej, jest postępowaniem odpowiedniejszem.

Warneck *(Zeitschrift für Geb. und Gynäkol. Stuttgart.* 1889. XVII. s. 299.) w przypadku, w którym pochwa kończyła się ślepo a nad nią znajdywała się macica z jednym jajnikiem, gdzie więc lewy przewód Müllera zupełnie się nie rozwinął, wykonał wytrzebienie z powodu wielkich bólów, występujących w czasie przypadania regularności, pomimo że w przypadku tym nie było możliwości zastąpienia.

W przypadku Frommla *(Münchener med. Wochenschrift.* 1890. str. 37.) również wytrzebiono przy zupełnym braku pochwy, dla silnych bólów. W przypadku tym rozpoznano macicę jednorożną wraz ze szczątkiem rogu drugiego.

Że wytrzebienie w takich przypadkach jest postępowaniem racyonalnem, potwierdza dalej Himmelfarb, *(Münchener med. Wochenschrift.* 1888. str. 283 i 303.) opisując przypadek ciąży w rogu macicy niewykształconym, obok istnienia drugiej macicy, przypadek skutkiem pęknięcia macicy z następowym krwotokiem wewnętrznym zakończony śmiertelnie.

Tutaj należy również wspomnieć o przypadku Treuba (referat Dormana w *Centralblatt f. Gynäkol.* 1893. Nr. 11. str. 247.), w którym przy operacyi podjętej w celu usunięcia wrzekomego nowotworu jajnika, przekonano się o ciąży w nierozwiniętym rogu macicy a z wywiadów pokazało się, że płód wydobyty, dość dobrze rozwinięty obumarł już od 3 miesięcy a pomimo tego zgnilizna płodu nie wystąpiła.

Mangiagalli *(Centralblatt f. Gynäkol.* 1893. Nr. 16.), opisuje przypadek ciąży w niedokształconym rogu macicy uleczony przez laparotomię; tenże sam autor podaje przypadek usunięcia rogu prawego macicy, wypełnionego krwią miesiączkową za pomocą laparotomii. Wreszcie ogłosił Mangiagalli *(Annali di ost. et Ginekol.* 1892. Nr. 5.) przypadek, w którym przy operacyi znaleziono w niedokształconym rogu macicy wielki włókniak.

Fuld *(Archiv f. Gynäk.* 1889. XXXIV. *Salpingotomie wegen Haematosalpingx bei Gynatresie)*, wyciął również następowo trąbkę, po nacięciu przedtem od strony pochwy, które okazało się nie wystarczającem.

W przypadku opisanym przez Trzebickiego *(Centralblatt f. Gynäk.* 1887.) rozpoznano sprawę podczas operacyi. W przypadku tym krwisteku macicy po stronie prawej, wykonano laparotomią, zeszyto macicę z powłokami brzusznemi a następnie utworzono przetokę od strony pochwy. Po 7-miu tygodniach wyleczenie, zeszycie rany w powłokach brzusznych.

Leopold dalej *(Archiv f. Gynäkolog.* 1889. XXXIV.) ogłosił przypadek macicy jednorożnej z rogiem szczątkowym strony drugiej, w którym wykonał wytrzebienie zapobiegawczo.

Kehrer zaś w rozprawie: *Über Gynatresien und deren Behandlung (Frauenarzt.* 1892.) zaleca wyraźnie w przypadkach krwisteku trąbki wyciąć trąbkę i usunąć jajnik, przestrzegając przed zwykle wykonywanem cięciem przegrody, poza którą krew miesiączkowa się nagromadza a to z przyczyny niebezpieczeństwa pęknięcia rozszerzonej trąbki po odpływie treści.

Jak widzimy z powyżej przytoczonych przykładów, wielu autorów radzi obecnie w przypadkach krwisteku macicy i trąbki wyciąć trąbkę z jajnikiem a nie, jak dotychczas, ograniczać się do odpowiedniego nacięcia od strony pochwy, uważając powyższe postępowanie za odpowiedniejsze i pewniejsze.

Wracając do swego przypadku, chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na ważną mojem zdaniem okoliczność. Mianowicie chora nasza wyraźnie opowiada, że miała sześć razy z rzędu regularność i dopiero po zatrzymaniu się regularności wystąpiły u niej bóle w krzyżach i podbrzuszu. Otóż mimowoli nasuwa się myśl, że peryod, to jest odrywanie się jajek i miesiączkowanie mogło w naszym przypadku przez cały szereg miesięcy (sześć) odbywać się po jednej stronie (lewej), poczem dopiero druga strona (prawa) zaczęła funkcyonować a pierwsza pozostała nieczynną. Przy wyrazie regularność musimy mieć dwie różne sprawy na oku a mianowicie dojrzewanie jajek w pęcherzykach Graafa i stan przekrwienia błon śluzowych części rodnych z macicą i jajowodami. W jakim stósunku obie te sprawy zostają do siebie, czy twierdzenie Pflügera czy też Leopolda jest słusznem, jest rzeczą dotąd nie rozstrzygniętą; w każdym razie sądząc na podstawie naszego przypadku, należy przypuścić, że jeden jajowód może przez kilka miesięcy funkcyonować, gdy druga strona spoczywa. Przypuszczenie to opieram na okoliczności, że dopóki krew miesiączkowa odpływała na zewnątrz, chora nasza nie doznawała żadnych dolegliwości i dopiero z chwilą, gdy odchody nie pokazały się w czasie przypadania regu-

larności, chora uczuła bóle w podbrzuszu. Jeżeli wraz z Leopoldem przyjmiemy, że niezawiśle od jajkowania mogą występować przekrwienia części rodnych, czyli że od nich jajkowanie nie zależy, to możemy utrzymywać, że w naszym przypadku przez sześć miesięcy była czynna lewa strona (połowa), gdy prawa spoczywała, i że z wystąpieniem czynności strony prawej, strona lewa funkcyonować przestała. Ta zaś okoliczność, że z trąbki prawej odpływ był nie możebny, sprawiła, że rozpoczęcie się funkcyi strony prawej doszło zaraz do świadomości chorej w postaci bólów co miesiąc się powtarzających.

Jeżelibyśmy więc przyjęli, że jajkowanie nie odbywa się w ten sposób, żeby raz jeden, to znów drugi jajnik był czynnym, to zdaje mi się, że twierdzenie takie co do stanów przekrwienia jajników jest możliwe; za regułę wprawdzie tego uważać nie należy, ale tylko za rzecz możliwą. Odpowiadałoby to zapatrywaniom Lawson-Taita *(Traité clinique des maladies des femmes* par le Dr. Lawson-Trait traduit par Betrix. Paris 1891. s. 381.), który powiada, że jest przekonanym, iż jajkowanie nie ma nic wspólnego z przekrwieniem części płciowych czyli menstruacyą i że przypuszcza, że trąbki same dla siebie są przyczyną (punktem wyjścia) krwawienia, *le point de depart de l'ecoulement menstruel.*

Tyle z mego przypadku, mającego znaczenie praktyczne, dałoby się zużytkować dla nauki o regularności.

W końcu spełniam miły obowiązek złożenia Drowi Ziembickiemu, prymaryuszowi lwowskiego szpitala, serdecznego podziękowania za danie mi sposobności operowania chorej w oddziale chirurgicznym.

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Giese: Wyniki pomiarów ciepłoty w worku spojówkowym człowieka.

Pewne próby oznaczenia ciepłoty spojówki, oraz z osobna części składowych gałki ocznej robił Michel. Pracowali nad tem także Gradeni, Eulenburg, Gałęzowski i inni a w ostatnich czasach Silex usiłował oznaczyć ciepłotę z osobna części gałki ocznej oraz spojówki i to nietylko oka zdrowego, ale także dotkniętego jakąś sprawą zapalną. Posługiwał on się w tym celu termoelementami, które zrobione były z miedzi i żelaza. Z szeregu licznych pomiarów doszedł do wyników następujących: W ogólności oko okazywało ciepłotę niższą, niż w tej samej chwili wskazywał termometr w odbytnicy (u zwierząt) lub w ustach (u człowieka). Najwyższą temperaturę okazywała tęczówka, najniższą rogówka. W cierpieniach rogówki, spojówki i tęczówki ciepłota była wyższa, niż w oku prawidłowem i to średnio o 0·98°, (najwyższą temperaturę znalazł w *iritis*). Giese badał ciepłotę spojówki również za pomocą termoelementów. I on doszedł do podobnych wyników, tylko podług Giesego spojówka okazywała ciepłotę prawidłową 35·72°, to znaczy o 1·46° niższą niż prawidłowa ciepłota ust. Badając ciepłotę w sprawach zapalnych, znalazł także i Giese temperaturę wyższą a różnica między ciepłotą oka zdrowego wynosiła więcej niż 1°, (Silex podaje tylko 0·98°). Przytem zauważył G., że najwyższe liczby otrzymywał w cierpieniach przebiegających z większem zajęciem spojówki. Jednakże i tutaj największe wzniesienie ciepłoty nie dorównywało ciepłocie ust. Tak Silex jak i Giese badali ciepłotę oka, o ile ona się zmienia pod wpływem ciepłych i zimnych okładów, i doszli do zupełnie przeciwnych wyników. Silex doszedł do rezultatu, że ciepłe okłady obniżają a zimne zwiększają (!) ciepłotę oka, gdyż zimne okłady wywołując zwężenie naczyń skórnych wywołują tem samem nawał krwi do spojówki, prócz tego zwiększają produkcyę ciepła w spojówce. Ciepłe okłady działają przeciwnie. Tymczasem Giese jest zdania, że zimne okłady obniżają a ciepłe podwyższają ciepłotę spojówki. Zimne okłady bowiem działają nietylko odruchowo na naczynia skóry, ale działają wprost przez skórę na spojówkę, zwłaszcza, że skóra na powiece, oraz sama powieka, nawet obrzmiała, nie jest tak gruba, aby zupełnie nie przewodziła ciepła. I właśnie Giese jest tego zdania, że trzeba brać w rachubę także i przewodnictwo tkanek i tą własnością tkanek tłómaczyć obniżenie ciepłoty przy dłuższem stósowaniu okładów. Zimno stósowane przez czas krótki może wywołać podwyższenie temperatury, jednakże stósowane czas dłuższy obniża ciepłotę niechybnie, o czem się G. w swych doświadczeniach wielokrotnie przekonał; to też przytaczając kilkadziesiąt swych doświadczeń tak co do okładów ciepłych, jak i zimnych, stósowanych na oczy chore i zdrowe, twierdzi, że używanie okładów jest zupełnie uzasadnione; dodaje jeszcze i to, że lepiej jest stósować kompresy na oko, niż worki z lodem, gdyż kompres lepiej przylega do skóry powiekowej a prócz tego okazuje lepsze przewodnictwo. (*Archiv f. Augenheilk.* Tom 28. Zesz. 3). *Dr. Brudzewski.*

Fizyologia.

Robustello: O czynności szpiku kostnego.

Autor zdawał sprawę w sekcyi patologicznej ostatniego Zjazdu międzynarodowego w Rzymie z doświadczeń, które wykonał w celu zbadania, jak się zachowuje szpik kostny pod wpływem zwiększenia się ilości krwi w ustroju *(plethora globularis)*. Wiadomo było z dotychczasowych spostrzeżeń, że czynność szpiku wytwarzania ciałek czerwonych po kilku upustach krwi zwiększa się.

Doświadczenia wykonywał R. na świnkach morskich i psach. U młodych zwierząt prawidłowych szpik kostny ma mnóstwo ciałek czerwonych, jądrzastych, których jądra w znacznej części znajdują się w różnych okresach karyokinezy. Nadto znajdują się w szpiku kostnym komórki zawierające ciałka czerwone lub barwik. Jeżeli zwierzęciu robi się injekcye krwi z takiego samego zwierzęcia i po kilku dniach bada jego szpik kostny, wtedy przekonać się można, że liczba ciałek jądrzastych staje się znacznie mniejszą, niż w stanie prawidłowym a figury karyokinetyczne niezmiernie rzadkie. Często widzimy wtedy, że ciałka czerwone mają brzegi zawinięte lub kolczaste; znajdujemy o wiele więcej komórek zawierających ciałka krwi i barwik, niż w stanie prawidłowym. Doświadczenia te wykazują, że wprowadzenie większej ilości krwi do ustroju zmniejsza produkcyę ciałek czerwonych w szpiku kostnym. (*Centralblat für allg. Pathologie und patholog. Anatomie.* 5. Maja 1894. Nr. 9).

Beck.

Choroby zakaźne.

Lucatello: Przyczynek do patogenezy zmian krtaniowych w durze brzusznym.

Do zmian, które dur wywołać może w krtani, należą nieżyt, nadżerki, nacieki, wrzody, naloty błonicze, zapalenie ochrzęstny i porażenie. Autor starając się odpowiedzieć na pytanie, czy zmiany te są wywołane przez prątek Ebertha, poddał badaniu bakteryologicznemu i histologicznemu przypadek duru brzusznego, obserwowany w klinice genueńskiej. Rozpoznanie kliniczne potwierdzono przez znalezienie hodowli właściwych na płytkach żelatynowych, zrobionych ze śledziony, jakoteż nekroskopią, która wykazała charakterystyczne zmiany w jelitach i gruczołach zaotrzewnowych, oprócz tego zapalenie dławcowe w górnym płacie prawego płuca i nieżyt krtani. Autorowi udało się znaleźć prątek Eberthowski w ślinie tego chorego, jakoteż w zmienionej zapalnie błonie śluzowej krtani. Sądzi więc, że zmiany w krtani w durze pier-

wotnie wywołuje prątek durowy, dopiero zaś w zniszczonej błonie śluzowej osiedlają się inne drobnoustroje, wywołując ropnie pomiędzy ochrzęstną a chrząstką. (*Berliner klinische Wochenschrift*. Nr. 16. 1894). *Dr. Marischler*.

Bakteryologia.

E. Grawitz i W. Steffen: **O znaczeniu plwociny ludzkiej dla biologii niektórych bakteryj.**

W roku 1893. podał Adolf Schmid, że plwociny ludzkiej można używać za pożywkę do hodowania bakteryj. Używał on przeważnie rdzawej plwociny w zapaleniu płuc, jakoteż czystej śluzowej. Po usunięciu piany powietrznej poddawał je podobnie jak surowicę, częściowej sterylizacyi w 60° C., następnie w 65° C. doprowadzał do skrzepnienia. Przygotowanie śluzowych pożywek było nieco odmienne, gdyż z powodu obecności mucyny rozpływały się za ogrzaniem ponad 55° C. Schmid wykrył, że *diplococcus pneumoniae* Fränkla na tychże pożywkach rośnie makroskopowo zupełnie jak na agarze, mikroskopowo jednak koki przedstawiają się o pełniejszych nieco kształtach i mają wyraźną otoczkę, której im zawsze brak na innych pożywkach. Autorowie badali te pożywki pod względem rozwoju bakteryj i znaleźli, że gronkowce, paciorkowiec ropotwórczy, jakoteż prątek błonicy rozwijają się dobrze, przyczem prątek błonicy rozpuszcza pożywkę po kilku dniach. Ziarniki zapalenia płuc Fränkla po przeszczepieniu nawet z hodowli agarowej otrzymywały otoczki, jeżeli do przeszczepienia użyto pożywki plwocin rdzawych w zapaleniu płuc, gdy hodowane na plwocinie śluzowej miały wtedy tylko otoczki, jeżeli zaszczepiono je już z otoczkami. Okres życia koków Fränkla, rosnących na tych pożywkach znacznie jest dłuższy a nawet koki, które na agarze już nie rosły, przeniesione na plwociny, rozwijały się obficie. Co do jadowitości, to starali się autorowie dowiedzieć, dlaczego raz znajdują się koki Fränkla w ślinie zdrowego człowieka, drugi raz w zapaleniu płuc, opłucnej, opon mózgowych i t. d. Już Sanarelli wykazał, że pneumokoki na pożywkach z plwocin śluzowych szybko się rozwijają, lecz tracą bardzo rychło jadowitość. Grawitz i Steffen wykryli, że to zmniejszanie się jadowitości postępuje stale z dnia na dzień tak, że jednodniowe hodowle zabijały białe myszy po 24 godzinach, dwudniowe dopiero po 2—3 dniach, 5—6 dniowe były już bardzo mało jadowite, jeszcze starsze całkiem niejadowite. Przekonali się dalej, że takie hodowle osłabione są bardzo dobremi szczepionkami ochronnemi dla zwierząt; zwierzęta, którym wstrzykiwano stopniowo coraz mniej osłabione hodowle, stawały się odpornemi na hodowle najjadowitsze.

Pneumokoki z tak osłabionych hodowli, przeniesione na pożywkę z plwocin rdzawych w zapaleniu płuc, odzyskiwały napowrót jadowitość. To zachowanie się jadowitości zostaje w zupełnem przeciwieństwie do zachowania się jadowitości na pożywce agarowej.

Gdy pneumokoki na agarze stopniowo tracą jadowitość i powoli tracą zdolność dalszego rozwoju, wykryli ci autorowie, że takie koki przeszczepione na plwociny rdzawe odzyskiwały i zdolność do rozwoju i jadowitość do tego stopnia, że zabijały myszy w przeciągu 24—36 godzin. W końcu zastrzegają się autorowie co do wysnuwania dalszych wniosków z tych doświadczeń dla patologii ludzkiej. (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 18. 1894). *Dr. Marischler*.

Zapiski terapeutyczne.

— P. Ziegler: W sprawie narkozy eterem (z monachijskiej kliniki chirurgicznej). Eter użyty po raz pierwszy w roku 1846. do narkozy przy operacyi chirurgicznej, ustąpił niebawem miejsca wprowadzonemu o rok później do chirurgii chloroformowi, który wkrótce w ogólne wszędzie wszedł użycie, gdy przy eterze pozostano w Ameryce, w niektórych szpitalach angielskich i w Lugdunie. Statystyka narkoz publikowana naprzód w Anglii a następnie w Niemczech z inicyatywy niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego, przekonała wszakże, iż eter w narkozie jest bezpieczniejszym od chloroformu (porówn. *Przegląd lekarski* z r. 1893. Nr. 51.) i skłoniła prof. Angerera w Monachium do wprowadzenia od 1. Maja 1893. eteru do tamtejszej kliniki chirurgicznej, gdzie za pomocą niego dotychczas dokonano 600 narkoz, z których autor zdaje właśnie sprawę.

Z początku używano do narkozy eteru maski Braatza, która jednak nie okazała się praktyczną; dlatego zmieniono ją na maskę Julliarda, zmodyfikowaną przez Dumonta. Maska ta składa się z dwóch koszyczków drucianych wchodzących jeden w drugi i pokrywa całą twarz. Między koszyczki przychodzi gaza, na zewnątrz materya nieprzemakalna a na wewnątrz w środek wydrążenia rozeta z flaneli, szpilkami przytwierdzona. Tak flanelę jak i gazę można w razie zanieczyszczenia usunąć i wymienić na nowe. Na nie nalewa się eteru, który musi być zupełnie czysty, t. j. nie zawierać ani wody, ani alkoholu, ani kwasu octowego a nadewszystko kwasu siarkowego, ani aldehidu, które mocno drażnią drogi oddechowe. W klinice monachijskiej kupny *aether sulfuricus purissimus* trzymają przez 3 dni nad sodem *(natrium)* i destylują, przez co otrzymuje się eter całkiem czysty, o ciężarze właściwym 0.720 w 15°, oddziaływający obojętnie.

Wprost przeciwnie, jak chloroform, daje się w celu narkozy naraz dużo eteru, zwykle 50 cm. sz., które wlewa się w maskę i tę przybliża naprzód do twarzy pacyenta, by go przyzwyczaić do woni eteru a następnie przykłada szczelnie w celu odcięcia dostępu powietrza. Ponieważ maska, o której mowa, zakrywa całą twarz, przeto trzeba jej za każdym razem nieco uchylać, by przekonać się o odruchu rogówkowym. Po dwóch minutach wlewa się znowu 50 cm. sz. eteru i czeka teraz na zupełne uśpienie. W wielu przypadkach te dwie dawki po 50 cm. sz. wystarczają; przy operacyach dłuższych, dolewa się jeszcze eteru, jeżeli zaczyna się pokazywać reakcya a dolewa prędko, by maski na długo z twarzy nie odejmować i nie obudzić tym sposobem operowanego. W ogólności maska jest ciągle na twarzy, dopóki tylko potrzeba narkozy i o ile jest oddech regularny, na co przedewszystkiem potrzeba ciągle uważać, gdy ciągła kontrola tętna nie tak bardzo jest potrzebna. Podczas operacyj bardzo długich można na jakiś czas odejmować maskę od twarzy.

Do znieczulania eterem są dwie metody: odurzająca i zmartwiająca; w razie użycia pierwszej, zbliża się maskę powoli do twarzy i używa naraz mniejszej ilości eteru; w razie użycia drugiej przeciwnie przykłada się od razu szczelnie maskę do twarzy, napojoną znaczniejszą ilością eteru i jeszcze dla wstrzymania dostępu powietrza obwija suknem jej brzeg. W klinice monachijskiej używają zazwyczaj metody pośredniej. W ostatnich 50 narkozach w klinice monachijskiej trwających średnio po 41 minut, używano również średnio za każdym razem około 140 gramów czyli 200 cm. sz. eteru. Komu zależy bardzo na szczędzeniu eteru, może z korzyścią używać maski Wanschera.

Przygotowania do narkozy eterowej są też same, co i dla narkozy chloroformowej: klatka piersiowa i brzuch muszą być swobodne, w jamie ustnej nic obcego (sztuczne zęby wyjąć!), ułożenie poziome o ile możności, żołądek czczy. Przed narkozą, osobliwie u alkoholików, dobrze jest dać nieco alkoholu w jakiejbądź postaci. Pary eteru w znaczniejszym bez porównania stopniu, niż chloroform, sprawiają niemiłe uczucie utrudnienia oddychania; podczas narkozy zaczerwienia się a nawet sinieje twarz, tętno staje się zimniejszem i pełniejszem, ciśnienie krwi w naczyniach podnosi się. Zdaje się, iż pijacy trudniejsi są do znieczulenia eterem, niż chloroformem i gdy zwykle 2 minuty wystarczają do zupełnego znieczulenia, u pijaków trzeba czekać na nie nieraz i do 15 minut. Dobrze też u nich przed narkozą wstrzyknąć podskórnie centygram morfiny.

W miarę ustępywania podniecenia zmniejsza się liczba tętna, oddech staje się głębszym i powolniejszym, zmniejsza

się sinica twarzy, występuje pot na czoło a mięśnie wolnieją powoli w kierunku od obwodu ku środkowi, tak iż żwacze są między nimi ostatnimi; w końcu ginie czucie i znikają odruchy. Oddech w miarę trwania narkozy staje się charczącym z przyczyny powiększania się wydzielania śliny i śluzu w jamie ustnej i tchawicy i obniża się temperatura ciała na obwodzie i to więcej, niż za użyciem chloroformu. Po skończeniu narkozy chorzy budzą się zaraz po odjęciu maski, przyczem można przekonać się, że nieraz analgezya trwa dłużej niż narkoza. Obudzenie się jest nagłe i wesołe; natomiast wymioty, przeciw którym zaleca się wstrzyknienie połowy strzykawki Pravazowskiej 3% rozczynu kokainy, są o wiele częstsze niż za użyciem chloroformu. Po wymiotach tych jednak chorzy czują się zupełnie swobodnymi i żądają zaraz posiłku.

Co do powikłań narkozy eterowej, to wystrzegać się należy eteru u dzieci w okresie zębienia, u osób wiekowych z przewlekłym nieżytem dróg oddechowych, ponieważ, jakeśmy już nadmienili, eter drażni błonę śluzową dróg oddechowych i pobudza ją do obfitej wydzieliny śluzu, co dać może nawet powód do zapalenia płuc nieżytowego.

Pod względem niebezpieczeństwa ze strony oddychania i krążenia, to wiadomo, iż chloroform sprawia niekiedy śmierć zaraz po kilku jego wetchnieniach przez odruchowe zatrzymanie czynności serca, co przy użyciu eteru zdarza się bardzo rzadko; śmierć z zadziałania na rdzeń przedłużony zdaje się, iż skutkiem eteru nigdy nie następuje a śmierć z zatrucia ośrodków krążenia i oddychania nie następuje nagle, lecz powoli w ten sposób, iż oddech staje się trudniejszym, powierzchownym, rozszerzają się źrenice a krew w polu operacyjnem ciemnieje tak, iż jest czas ratować chorego przez wzniecenie sztucznego oddychania. Ponieważ czynność serca za użyciem eteru ustaje później, niż przerwa w oddychaniu, przeto, jeżeli lekarz sam operuje, nie ma potrzeby badania ciągle tętna, lecz tylko zwracać trzeba uwagę na oddychanie. Na 600 narkoz w klinice monachijskiej widziano tylko raz przerwę (*syncope*) w oddychaniu u chorego ze zwyrodnieniem mięśnia sercowego.

Co się tyczy drobniejszych przypadków podczas znieczulenia eterem, wymienić należy małe przerwy w oddychaniu, ustępujące po lekkiem zadraźnieniu skóry n. p. przez uderzenie ręcznikiem, wymioty, kurcze mięśniowe w postaci drżenia, osobliwie u pijaków. Zarzut niebezpieczeństwa od ognia mdleje, jeżeli się zważy, iż zapalenie się par eteru następuje przy zbliżeniu płomienia lub termokauteru z góry w odległości jednego centymetra, z boku w odległości 3 a od dołu w odległości 8 centymetrów, co pochodzi z ciężkości par eteru.

Biorąc pod uwagę wszystkie tu przywiedzione okoliczności, nie ma zdaniem autora wątpliwości, że eterowi należy się pierwszeństwo przed chloroformem, osobliwie w praktyce lekarza operującego bez asystencyi zawodowej, tembardziej, iż niebezpieczeństwo jest bez porównania mniejsze, niż przy użyciu chloroformu i że przy obecnych cenach (kilogram eteru kosztuje teraz w Niemczech markę, gdy w roku 1876. kosztował jeszcze 9 marek) narkoza eterem nie kosztuje więcej niż chloroformem. Przeciwwskazanym jest eter przy operacyach na twarzy i we wszelkich chorobach dróg oddechowych, wliczając do nich i uciśnienie tchawicy. W ten sposób mimo całego entuzyazmu dla eteru nie możemy się jednak zrzec zupełnie chloroformu. (*Münchener med. Wochenschrift.* 5. Czerwca 1894).

S f a c e l o t o k s y n a. W roku 1884. otrzymał prof. Kobert w Juryewie (Dorpacie) ze sporyszu obok kornutyny substancyę wywołującą tężec macicy i skurcz małych tętnic i nazwał ją kwasem sfacelinowym. Nowsze badania okazały, że nie jestto substancya chemicznie czysta, lecz mięszanina, z której Jacobi, asystent prof. Schmiedeberga w Sztrasburgu, wydzielił czyste połączenie chemiczne, tak zwaną sfacelotoksynę, ciało żółtawe, nierozpuszczające się w wodzie a rozpuszczalne w eterze, chloroformie, wyskoku i płynach alkalicznych.

Według doświadczeń terapeutycznych w klinice położniczej prof. Freunda w Sztrasburgu sfacelotoksyna działa tak samo, jak sporysz. Dawka wynosi od 4 do 10 centygramów i działa już po kilku minutach, dochodząc do największego skutku po mniej więcej pół godziny.

Najlepiej sfacelotoksyny używać w formie wstrzykiwań podskórnych rozczynu wyskokowo-glicerynowego.

— Idąc za Kassowitzem, zaleca Guinon w Paryżu na podstawie swych doświadczeń w krzywicy (*rhachitis*) fosfor albo w pierwotnym rozczynie Kassowitza: 1 centygram fosforu na 100 gramów tranu rybiego (po łyżeczce od kawy dziennie) albo gdyby go dzieci zażywać nie chciały, w formie:

70) Rp. *Phosphori* *centigrma unum*
Olei jecoris aselli *grm.* 100
Saccharini „ 5
Olei citri guttas *duas*
MDS. Po łyżeczce od kawy dziennie.

lub

71) Rp. *Phosphori* *centigrma unum*
Lipanini *grm.* 30
Sacchari albi
Gvmmi arabici
aa *grm.* 15
Aquae destil. „ 40
MDS. Po łyżeczce od kawy dziennie.

Leczenie to prowadzić należy kilka miesięcy, nie zaniedbując innych środków terapeutycznych, jak pobytu na świeżem powietrzu i kąpieli słonych, osobliwie morskich.

— W ostrej niedokrewności zaleca Guttmann jako środek podniecający:

72) Rp. *Acidi benzoici*
Camphorae
aa *grma*
Alcoholi *grm.* 12
MDS. Za każdym razem wstrzykiwać pod skórę po całej strzykawce Pravazowskiej.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. Posiedzenie z dnia 4. Maja 1893 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 30.

1) Nadeszło: *a*) pismo z Komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. krak. z wezwaniem do udziału w popieraniu przetworów krajowych, poleconych przez Tow. lek. krak.; *b*) odbitki protokołów z posiedzeń tejże Komisyi za czas od 5. Grudnia 1886 r. do 5. Listopada 1893 roku.

Na wniosek kol. Wehra biuro Sekcyi ma załatwić tę sprawę.

2) Kol. Barącz przedstawia chorą z p r o m i e n i c ą t w a r z y, jakoteż preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

3) Kol. Bory przedstawia: *a*) chorą z wydzieleniem się samoistnem kości czołowej lewej i widocznem tętnieniem mózgu (*necrosis luetica*); *b*) chorą, u której w przepuklinie uwięzłej i zgorzelinowej wykonał pierwotną r e s e k c y ą j e l i t a.

Chora, Jetti Mühlrad, 28 lat, wyrobnica dzienna, przyjęta w dniu 31. Marca b. r. po południu do szpitala, podała, że w dniu 27. Marca w południe podczas oddawania stolca wystąpił u niej obrzęk bolesny w pachwinie prawej. Tego samego dnia jeszcze zasięgała porady pięciu lekarzy, z których jedni guz ugniatali, drudzy stosowali okłady zimne, inny znowu ciepłe. Wieczorem tegoż dnia wystąpiły wymioty z początku zielonawe, następnie żółtawe i mocno cuchnące. W dniu 31. Marca wstąpiła do szpitala. Przekonawszy się o przepuklinie udowej prawej wielkości jaja kurzego, nad którą skóra była zaczerwieniona i naciekła, przystąpiłem zaraz przy pomocy koll. Stahlbergera, Szulisławskiego

i Krygowskiego do herniotomii. W worku przepuklinowym znaleźliśmy małą ilość rzadkiego, brudno-krwawo zabarwionego, cuchnącego płynu i pętlę jelita cienkiego, około 6 cm. długą, czarną i kruchą. Po rozszerzeniu cięcia skórnego ku górze i odpreparowaniu pierścienia uciskającego pod kontrolą oka, wytoczyłem najbliższe odcinki pętli doprowadzającej i odprowadzającej i po założeniu uciskadeł zresekowałem około 20 cm. jelita, z czego znaczniejszy odcinek przypada na pętlę doprowadzającą. Z krezki wyciąłem klin mały w miejscu pętli uwięzłej. Odcinki jelita zeszyłem 3-piętrowym szwem kuśnierskim, naprzód błonę śluzową osobno, następnie błonę surowiczą wraz z warstwą mięsną dwupiętrowym szwem jedwabnym. Po odprowadzeniu jelita wsunąłem do otworu pasek z gazy jodoformowej, który po 24 godzinach usunięto. Przez następnych dni kilka (do 4-go Kwietnia) chora dostawała wewnętrznie *tinct. opii* po 20 kropel 3 razy dziennie. Zaraz po operacyi w nocy miały odejść wiatry. Wymioty ustąpiły zupełnie. Tętno spokojniejsze i silniejsze. Ciepłota ciała tuż przed operacyą 38, dnia 1. Kwietnia rano 38·2, wieczorem 38·5, w dniu 2. Kwietnia rano 37·7, wieczorem 37·4. W dniu 6. Kwietnia wieczorem (w siódmym dniu po resekcyi) chora dostała Hegara z litra wody. W dniu 7. Kwietnia z powodu znacznego wzdęcia brzucha i wielkich dolegliwości chorej, wlewaliśmy kilkakrotnie po 2 do 3 litrów wody do kiszki odchodowej, a gdy to pozostało bez pożądanego skutku, zrobiłem igiełkami od strzykawek Pravaza nakłucia przez ścianę brzuszną, poczem wzdęcie brzucha zmniejszyło się znacznie a chora uspokoiła się. Wieczorem tegoż dnia chora dostała *25·0* oleju rącznikowego, poczem w nocy miała kilka obfitych wypróżnień bez żadnych dolegliwości. Dalszy przebieg leczenia nie przedstawia szczegółów ciekawszych. Obecnie chora jako wyleczona opuszcza szpital.

Do przypadku przedstawionego dołącza kol. B. kilka uwag ogólnych w kwestyi pierwotnej resekcyi kiszki w przepuklinie uwięzłej i zgorzelą dotkniętej, dochodząc do wniosków wygłoszonych przez prof. Rydygiera (*Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej*), który „daje pierwszeństwo pierwotnej resekcyi w uwięzłej i zgorzelinowo zmienionej przepuklinie, gdy chory nie jest zbyt osłabiony a stosunki miejscowe pozwalają na to“.

Nadto kol. B. opisuje drugi przypadek pierwotnej resekcyi w przepuklinie, który operował w Listopadzie z. r. W czwartym dniu po tym zabiegu z powodu wystąpienia ostrych objawów niedrożności (zapad, wymioty kałowe, widoczne ruchy robaczkowe jelit, miejscowe wzdęcie brzucha, tętno nikłe), musiano przystąpić do laparotomii, która wykazała zlep obu odcinków jelita, które przylegały do siebie na kilkanaście centymetrów, tworząc ostry załam w miejscu wykonania resekcyi. Oprócz tych miejscowych zmian nie było żadnych innych. Pętla odprowadzająca była mocno przekrwiona, rozpulchniona i krucha i podczas wytaczania pękła w jednem miejscu. Wykonano wówczas resekcyą około 30 cm. jelita a odcinki wszyto do dolnego kąta rany laparotomijnej. Chora zmarła wśród objawów zapalenia otrzewny. Sekcyi nie było. Niekorzystny wynik pierwszej operacyi przypisuje kol. B. temu, że był zbyt oszczędnym w wycięciu pętli doprowadzającej.

4) Kol. Schmidt opisuje przypadek otrucia zgęszczonym kwasem karbolowym u 5-letniego chłopaka z wydzieleniem się błony śluzowej całego przełyku (*oesophagus*) po 41-godzinnej nieprzytomności i przedstawia preparat z tego przypadku. Chory wyzdrowiał. (Przypadek będzie szczegółowo opisanym w *Przegl. lek.*).

Kol. Stroynowski widział podobną długotrwałą utratę przytomności po przepłukaniu macicy wodą karbolową.

Kol. Wehr przestrzega przed używaniem rozczynów wody karbolowej sporządzanych w domu, ponieważ rozczyny takie robi się najczęściej w ten sposób, że do wody w irygatorze dolewają kwasu karbolowego, który nie rozpuściwszy się dostatecznie osiada na dnie naczynia. Kol. W. opisuje przypadek wystąpienia objawów otrucia po przepłukaniu odbytnicy wodą karbolową po operacyi guzów krwawnicowych.

Kol. Sielski sądzi, że osiadanie kwasu na dnie naczynia nie jest wyłączną przyczyną występywania objawów otrucia, lecz że objawy otrucia występują wtedy, jeżeli nawet dobrze przyrządzony rozczyn wody karbolowej dostaje się do żyły otwartej i opisuje wystąpienie właściwych objawów po przepłukaniu macicy wodą karbolową w przypadku niekompletnego poronienia.

Kol. Obtułowicz opisuje przypadek, w którym chory z powodu wiewióra (*gonorrhoea*) wstrzyknął sobie do cewki moczowej surowy kwas karbolowy. Po minieniu pierwszych ostrych objawów zwężenia cewki chory wyzdrowiał i nie miał następnie nigdy objawów zwężenia. Dalej opisuje kol. O. przypadek, w którym kobieta pokąsana w palec przez wściekłego kota przyłożyła sobie okład ze zgęszczonego kwasu karbolowego. Z powodu następowej suchej zgorzeli kol. O. musiał odjąć palec.

Kol. Wehr przypomina, że na palcach unika się w leczeniu chirurgicznem okładów nawet z 5% i 3% wody karbolowej. Nawiązując do pierwszego przypadku kol. Obtułowicza opisuje kol. W. przypadek, w którym chory z polecenia lekarza wojskowego moczył sobie prącie z powodu wrzodu miękkiego w zgęszczonym kwasie karbolowym, w skutek czego powstały zewnętrzne blizny, które wywołały zwężenie cewki moczowej.

Kol. Barącz przestrzega również przed zapisywaniem zgęszczonego kwasu karbolowego i opowiada o przypadkach mocnych poparzeń i zgorzeli skóry na znacznym obszarze w skutek użycia nierozpuszczonego kwasu. Chorzy sprowadzają sobie nim daleko większe uszkodzenia, niż to, dla leczenia którego kwas przepisano.

Na tem zakończono posiedzenie. Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

W roku 1887. we Wrześniu prezydent Stanów Zjednoczonych Cleveland otworzył w stolicy Rzeczypospolitej IX-ty Zjazd międzynarodowy lekarski, któremu przewodniczył Davis. Jakkolwiek udały pod względem liczebnym (3000 członków), Zjazd ten nie obudził takiego zainteresowania w świecie naukowym, jak poprzednie; nie widzimy też pomiędzy uczestnikami nazwisk wybitniejszych badaczów europejskich, których udział w ogóle był stosunkowo słaby. Państwa europejskie miały jednak swoich urzędowych przedstawicieli. Ogólny zatem charakter Zjazdu był odmienny nieco od poprzednich, gdyż ogromna większość odczytów i referatów należała do lekarzy amerykańskich. Do najbardziej ożywionych należała sekcya ginekologiczna, licząca bardzo wiele odczytów; zajmowano się tu dłużej sprawą niepłodności u kobiet i jej leczeniem oraz zastosowaniem prądu elektrycznego do leczenia guzów macicy; ta ostatnia metoda lecznicza znalazła w Ameryce bardzo wielu zwolenników i zastosowanie w wielu cierpieniach kobiecych. Oprócz prac naukowych sprawozdania z tego Zjazdu wspominają o wspaniałych przyjęciach i bankietach, jakiemi rząd i lekarze amerykańscy starali się uprzyjemnić pobyt kolegom ze Starego Świata.

Urządzenie następnego kongresu międzynarodowego powierzono Niemcom i siedzibą jego po upływie trzechlecia wybrano Berlin. Już na rok przedtem komitet Zjazdowy złożony z Bergmanna, Leydena, Waldeyera i Lassara pod przewodnictwem prezesa kongresu Virchowa z niemiecką systematycznością rozpoczął organizacyę kongresu, wyrobiwszy sobie przedewszystkiem wysokie kredyty pieniężne zarówno u parlamentu i u sejmów państw związkowych, jak i u zarządu miasta Berlina. Jak słusznie robi uwagę jedna z gazet lekarskich włoskich, jest to możliwe tylko w kraju, w którym naród cały przejęty jest czcią dla nauki. Niewątpliwie, lecz oprócz tej czci konieczne jest, aby przedstawiciele tego narodu mieli z czego dysponować i udzielać kredytu, gdyż bez tego i najlepsze chęci nie pomogą do ... nalania z próżnego.

Nie będziemy długo zatrzymywali się na opisie Zjazdu berlińskiego, gdyż odbył się on niedawno i mamy go jeszcze w pamięci. Po otwarciu uroczystem w dniu 4. Sierpnia r. 1890. rozpoczęto prace w sekcyach, których liczba wzrosła do dziewiętnastu.

Odczyty na posiedzeniach ogólnych rozpoczął Lister wykładem o stanie obecnym chirurgii przeciwgnilnej, której zasadom pozostał wiernym, dając dotychczas obszerne zastósowanie w operacyach płynom antyseptycznym. Drugi wykład miał Koch o badaniach bakteryologicznych; w wykładzie tym z zagadkową tajemniczością zapowiedział wynalezienie przez siebie środka leczącego gruźlicę, który ogłosił w 3 miesiące później. Jakie to było odkrycie i ile kosztowało ono cierpiącą ludzkość, którą miało wybawić od tej najstraszniejszej plagi, dziś wiemy już dobrze. Nadzwyczaj ciekawy był odczyt Boucharda o mechanizmie zakażenia i odporności, w którym przedstawił rozwój tej najnowszej dziedziny patologii. Z następnych odczytów wymienimy: Axel-Keya: O okresie dojrzewania i jego stósunku do chorób młodzieży szkolnej, Wooda: O metodach znieczulania, w którym oddawał stanowczo pierwszeństwo eterowi, Cantaniego: O postępowaniu przeciwgorączkowem, Meynerta: O współdziałaniu części mózgu, wreszcie Stokvisa: O patologii porównawczej ras ludzkich.

Jako o rzeczy godnej uwagi wspomnieć należy o tych rzeczywiście cennych wydawnictwach naukowych, tyczących się rozmaitych urządzeń lekarskich i sanitarnych w państwie niemieckiem i mieście Berlinie, które w postaci wspaniałych ksiąg pamiątkowych ofiarowano uczestnikom.

W miarę rozwoju Zjazdów i zwiększania się liczby ich uczestników, zachodziła potrzeba rozszerzenia i umiejętnej organizacyi i drugiej strony tych Zjazdów, strony nie naukowej, lecz czysto towarzyskiej. Strona ta stanowi ważny dodatek Zjazdów naukowych, jako zastósowanie higienicznej zasady *utile dulci* i bywa uwzględniana i urządzana z mniejszem lub większem powodzeniem, stósownie do liczby członków kongresu a głównie do zdolności organizacyjnych komitetu. Rzecz prosta, w urządzeniu tej strony towarzyskiej czy rozrywkowej, zachować trzeba pewną miarę, pewne granice, których przekraczać nie wolno bez narażenia powagi naukowej Zjazdu, zagrożonemu w takim razie przybraniem cech międzynarodowego kiermaszu. Dlatego też na komitecie urządzającym leży trudny obowiązek pogodzenia żądań w tym względzie gości z wymaganiami samej natury Zjazdu, którego charakter i cel stać musi na pierwszym planie. A przytem ma się do czynienia nie z jakąś garstką ludzi, lecz z 7-tysięcznym zastępem, licząc i damy (samych członków w Berlinie było 5720). Pomimo to przyznać należy Berlińczykom, iż z tego niełatwego zadania wywiązali się lepiej, niż zadawalniająco, że oprócz dobrej organizacyi strony naukowej i część towarzyska wypadła przyzwoicie, że na tym nawet punkcie zdobyli się oni na niezwykłą Niemcom cnotę wysokiej gościnności, tak iż w rezultacie uznanie, wyrażone w mowie pożegnalnej przez Boucharda *au succès sans précédant de ce congrès sans égal* mieściło w sobie coś więcej, aniżeli wyraz zwykłej kurtuazyi.

Umyślnie przed rozpoczęciem sprawozdania z ostatniego Zjazdu rzymskiego streściłem w najkrótszych słowach historyę wszystkich Zjazdów poprzednich; ułatwi to do pewnego stopnia możność porównania ich organizacyi i osądzenia postępu rozwoju.

W ostatnich czasach, już po zamknięciu Zjazdu w Rzymie, pod wpływem prawdopodobnie wielu uderzających w nim braków, dają się słyszeć głosy nie tylko ganiące i potępiające wady organizacyj zjazdowych, lecz nawet przepowiadające rychły upadek tej wszechświatowej instytucyi, jako nieodpowiadającej przeznaczeniu, chybiającej celu i t. p. Zapatrywanie ultrapesymiczne i zupełnie niesłuszne. Zjazdy międzynarodowe lekarskie przeżyją z pewnością nas o wiele, gdyż stanowią instytucyę, której pożyteczność nie ulega najmniejszej wątpliwości; lecz jak wszystko, potrzebuje od czasu do czasu reformy, stósownej do postępów wiedzy i wymagań chwili. I obecnie domagają się one koniecznie reorganizacyi i w tem jedynie, zdaje się, tkwi jądro sprawy. Na czem może one polegać, zastanowimy się poniżej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 14. Czerwca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

Sekcya dla medycyny wewnętrznej wraz z laryngologią, otologią, neuropatologią i pedyatryą.

Dotychczas zapowiedziano następujące referaty i odczyty:

1) Dyetetyka i terapia ostrego i przewlocznego nieżytu kiszek u dzieci: Dr. Rosenblatt, Dr. Z. Szydłowski.

2) Niedokrewność i błednica: Dr. Dunin, Dr. E. Biernacki.

3) O zapaleniu kiszki ślepej i tkanek sąsiednich: Dr. Rejchmann, Dr. Krajewski.

4) O rozpoznawaniu oraz leczeniu nowotworów złośliwych krtani: Dr. Jan Sędziak.

5) W sprawie genezy porażeń i zaburzeń czucia w cierpieniach rdzenia pacierzowego (z demonstr. prep. mikr.): Dr. E. Biernacki.

6) W sprawie krwotoków płucnych: Dr. T. Stachiewicz.

7) Przyczynek do leczenia niektórych form zwężenia krtani: Prof. Dr. P. Pieniążek.

8) Przyczynek do badania krwi w górach, mianowicie u chorych piersiowych: Dr. Jaruntowski.

9) Gruźlica ucha: Dr. Guranowski.

— Rektorem Uniwersytetu Jagiell. na przyszły rok szkolny wybrany profesor anatomii patologicznej, obecnie dziekan Wydziału lekarskiego, Dr. Tadeusz Browicz.

— Zeszyt 4-ty Tomu I. warszawskiego *Przeglądu chirurgicznego*, któryśmy co właśnie otrzymali, poświęciła Redakcya prof. Alfredowi Obalińskiemu w Krakowie ku uczczeniu 25-letniej czynności jego na polu chirurgii. Zeszyt ten ozdobiony na czele wizerunkiem wcale udatnym prof. O. rozpoczyna się od przemowy redaktora do Szan. Jubilata, napisanej bardzo serdecznie i zawiera prócz krótkiego rysu życia całą bibliografią (53) prac polskich prof. O., a następnie szereg prac oryginalnych naszych najlepszych pracowników w rozmaitych gałęziach rozległej niwy chirurgicznej; i tak podali: 1) Doc. Dr. R. Trzebicky: Ile jelita cienkiego można resekować? 2) Dr. W. Matlakowski: Przyczynek do kazuistyki wycięcia odbytnicy z powodu raka. 3) Dr. R. Barącz: Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego; zastósowanie płytek brukwiowych w ileokolostomii sposobem Senna; wyleczenie. 4) Prof. Dr. Pieniążek: O zapaleniu ochrzęstnej krtani i zwężeniu po niem oraz o sposobach usuwania jego. 5) Dr. J. Sędziak: Przyczynek do etyologii t. zw. czarnego języka. 6) Prof. Dr. A. Mars: Przypadek sztucznego odklejenia łożyska wraz z warstwą mięśni macicy. 7) Dr. L. Szuman: Z dziedziny celiotomii. Dwa przypadki doszczętnego wycięcia macicy mięśniakowatej z powodu

wywołanych przez guz objawów ostrego zapalenia otrzewny. 8) Dr. K. Szadek: Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałków i przełyku i 9) Dr. W. H. Krajewski: O stósunku medycyny wewnętrznej do chirurgii.

Nie ma zdaniem naszem wątpliwości, iż lepiej i trafniej, niż to uczyniła Redakcya *Przeglądu chirurgicznego*, nie można było uczcić zasług Szanownego prof. Obalińskiego, który jako najbliższy nam kolega i współpracownik niech przyjmie na tem miejscu szczerą naszą gratulacyą z powodu tak zaszczytnego uznania ze strony kolegów zawodowych.

— Profesorem kliniki chirurgicznej w Wiedniu na miejsce zmarłego Billrotha mianowany Dr. Karol Gussenbauer, profesor kliniki chirurgicznej w uniwersytecie niemieckim w Pradze.

— Cholera. Według urzędowych wykazów od pojawienia się w dniu 7. Kwietnia cholery na wschodniej granicy Galicyi zapadło na nią do 5. Czerwca w 6 gminach powiatu borszczowskiego i w 2 gminach powiatu busiatyńskiego 109 osób, z których umarło 54. W Królestwie polskiem występuje cholera najmocniej w gubernii warszawskiej i samem mieście Warszawie, w którem od 23. Marca do 31. Maja przyjęto do szpitala Dzieciątka Jezus 112 chorych; z nich umarło 52, wyzdrowiało 40 a pozostało w dalszem leczeniu 20. Gdy w latach zeszłych były ogniska choroby przeważnie w dzielnicach nieskanalizowanych i niezaopatrzonych w wodociągi, to w bieżącym roku cholera występuje prawie we wszystkich punktach miasta. Najważniejszym rozsadnikiem cholery w Warszawie jest wieś Ochota tuż za rogatkami Jerozolimskiemi; w tem też miejscu nabawił się cholery niosąc pomoc chorym Dr. Kajetan Szczeniowski, który jednak dzięki energicznej pomocy kolegów przyszedł obecnie do zdrowia. W stopniu o wiele już słabszym niż w Warszawie i w gubernii warszawskiej, pojawia się cholera w rozrzuconych miejscowościach gubernij płockiej, piotrkowskiej i radomskiej.

W Cesarstwie niemieckiem wystąpiła cholera w Mysłowicach na Szląsku, gdzie z 7 chorych umarło 6, tudzież w niektórych miejscowościach nad Wisłą a między innemi i w Gdańsku, gdzie zaszły dwa przypadki śmierci.

— Wobec natury i ważności chorób zakaźnych byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by w datach statystycznych o ich przebiegu w naszym kraju uwzględniano także i stopień zaludnienia danych okolic, tem bardziej, iż często wielkie w tej mierze są różnice między różnemi okolicami. Tak n. p. w powiecie krakowskim, w którym nie ma ani jednego miasteczka — Kraków jest sam dla siebie osobnym powiatem czyli gminą miejską — przypada na miryametr kwadratowy (= 100 kilometrom kwadratowym) 14.882 mieszkańców, w powiecie lwowskim zaś mimo dwóch miasteczek tylko 8.614 mieszkańców na równą powierzchnię czyli stopień zaludnienia powiatu krakowskiego ma się do zaludnienia pow. lwowskiego, jak 100:57·8.

— Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa biologicznego doniósł Richet, iż w Sycylii spostrzegano przypadek zimnicy u kobiety, u której w pierwszym napadzie ciepłota ciała doszła do 45°, w drugim nawet do 46° C. Chinina zrobiła swoje i chora wyzdrowiała. Również wyzdrowiał w Cincinnati chory, który miał 46·1° C. Nie wiadomo wszakże, jak długo trwało takie podniesienie się ciepłoty. Rzecz mimo tego zasługuje na uwagę (a przywodzi sprawozdawcy *Przeglądu lekarskiego* na pamięć przypadek, w którym zawezwano czem prędzej jego pomocy do chorej z temperaturą 45° C. Założenie wszakże termometru pod ciągłą uwagą na chorą gorączki nie wykazało a cała sprawa, która otaczające osoby tak przeraziła, okazała się sztuczką urządzoną przez histeryczkę przy pomocy lampy!).

— Komisya petycyjna parlamentu niemieckiego zastanawiała się nad petycyą ogólnego niemieckiego stowarzyszenia kobiet w Lipsku o przypuszczenie kobiet do nauki lekarskiej i postanowiła jednomyślnie przejść nad nią do porządku dziennego po wysłuchaniu wywodów reprezentanta rządowego, który wykazał naprzód, że decyzya w tej sprawie nie należy do kompetencyi cesarstwa, lecz wchodzi we własny zakres państw związkowych, że i teraz, gdy kobietom nie wolno zdawać egzaminu dojrzałości w gimnazyach ani uczęszczać do uniwersytetów, wolno im praktykować na podstawie ustawy przemysłowej. Wprawdzie nie mogą obecnie kobiety uzyskać stopnia lekarza, ale dzieje się to tylko dlatego, ponieważ nie mogą zadosyć uczynić wymaganiom ustawy o egzaminach lekarskich a od wymagań tych nie możnaby ich uwolnić nie uwalniając także i mężczyzn.

— Z inicyatywy pruskiego ministra oświaty odbywają się w gmachu parlamentu niemieckiego w Berlinie wykłady z zakresu higieny dla zaproszonych gości, przeważnie członków obu izb parlamentu i wyższych urzędników. Prof. Finkler z Bonny mówił o znaczeniu higieny dla ekonomii socyalnej, prof. Fraenkel z Marburga o bakteryologii i jej znaczeniu praktycznem a prof. Rubner z Berlina o budowie i o urządzeniu szpitali. Ten wykład połączono ze zwiedzeniem dwóch wielkich szpitali berlińskich.

— Fröhner, profesor berlińskiej szkoły weterynarskiej, w celu przekonania się, jak często trafia się gruźlica u małych zwierząt domowych, zbadał ich w tym celu w ciągu siedmiu lat 70.000 i znalazł gruźlicę u 281 czyli 0·4%. Z nawiedzonych gruźlicą było 0·04% psów, 1% kotów i aż 25% papug, co Fröhner przypisuje ciągłemu przebywaniu tych ptaków w pokojach zamieszkanych przez ludzi.

— Jak donoszą dzienniki, w Odesie ma być wkrótce założonym wydział lekarski w tamtejszym uniwersytecie.

— Osobne irade sułtańskie postanawia, że w Konstantynopolu ma być założony szpital przeznaczony wyłącznie dla osób pokąsanych przez zwierzęta wściekłe i połączony ze zakładem bakteryologicznym do studyowania wścieklizny. Szpital ten przyjmować będzie chorych z całego państwa ottomańskiego i kształcić specyalnie na tem polu lekarzy, którzy później będą dyrektorami podobnych szpitali, mających się założyć w odległych prowincyach.

— Członkowie odbytego niedawno w Berlinie kongresu chirurgicznego obecni byli *in corpore* próbom strzelania do pancerza wytrzymałego na kule a wynalezionego przez Dowego. Ostremi nabojami, zbadanemi naprzód przez obecnych przy próbie lekarzy wojskowych, dano do wynalazcy odzianego w pancerz swego pomysłu pięć strzałów a próbę tę powtórzono z koniem również odzianym w ten pancerz. Tak Dowe jak i koń nie ponieśli żadnej szkody na zdrowiu mimo, iż strzały dano z bardzo nieznacznej odległości. Po tych próbach wynalazek Dowego nie powinienby więcej ulegać żadnej wątpliwości. Inne oczywiście pytanie, czy nada on się do celów wojennych.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Grac. Prof. nadzw. Escherich mianowany profesorem zwyczajnym, pozostaje na swem stanowisku. Docent prywatny Dr. Hoffer von Sulmsthal, mianowany profesorem zwyczajnym medycyny klinicznej. — Sztrasburg. Profesor chirurgii w Roztoku, Madelung przyjął powołanie na opróżnioną przez śmierć Lückego katedrę. — Wiedeń. Na katedrę oftalmologii opróżnić się mającą przez ustąpienie prof. Stellwaga przedstawił Wydział lekarski na pierwszem miejscu Mauthnera, b. prof. okulistyki w Inspruku, na drugiem na równi prof. Schnabla z Pragi i prof. Sattlera z Lipska, na trzeciem prof. Borysiekiewicza z Gracu.

Redakcya otrzymała:

Alfred Nossig: Einführung in das Studium der socialen Hygiene. 1894. Deutsche Verlags-Anstalt. Stuttgart, Leipzig, Berlin, Wien.

R. Trzebicky Doc.: Ueber die Grenzen der Zulässigkeit der Dünndarmresection. (Osobna odbitka z *Archiv für klinische Chirurgie*).

— Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dra Maryana Kulczyckiego, zmarłego przed niedawnym czasem w Żywcu, złożyli koledzy w Redakcyi *Przeglądu lekarskiego* na fundusz dla wdów i sierot po lekarzach 25 złr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20. Czerwca b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Dr. Raczyński okaże fantom do intubacyi krtani; 2) kol. prof. Bujwid mówić będzie: *O warunkach zdrowej wody podług zasad nowoczesnej higieny.*

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

L. 541.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się **do końca Czerwca 1894. roku.** 141—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 23. Czerwca 1894 r. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych.

Napisał

Władysław Biegański,

lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

W nrach 9., 10. i 11. *Medycyny* z 1889 r. ogłosił prof. Adamkiewicz p. t.: Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych przypadek raka podstawy czaszki, wychodzącego z prawej jamy Highmora i przenikającego ztamtąd na kość klinową, na skalistą część kości skroniowej i na trzon kości potylicowej. To obszerne ognisko na podstawie czaszki zajęło u 54 letniej kobiety dziesięć nerwów czaszkowych z prawej strony, pozostały zaś niezajętemi tylko nerwy I-ej i X-ej pary. Choroba w przypadku tym zaczęła się od mocnego połowiczego bólu głowy, do którego wkrótce przyłączyło się porażenie prawego nerwu okoruchowego, a następnie kolejno ulegały i inne nerwy czaszkowe, w rezultacie zaś nastąpiła śmierć z wyczerpania po roku trwania choroby.

W opisie tego przypadku cytuje Adamkiewicz jeszcze 2 podobne przypadki, znane sobie z literatury, jeden opisany przez Bambergera [1]) a drugi przez Nothnagla [2]). Przypadek opisany przez Bambergera tyczył się 53 letniej kobiety; choroba również zaczęła się mocnym połowiczym bólem głowy i występującem kolejno zajęciem ośmiu nerwów czaszkowych prawej strony; niezajętemi były tylko nerwy I-ej, II-ej, X-ej i XII-ej pary. Sekcyi w tym przypadku nie robiono a zatem przyczyny choroby ściśle nie określono. Przypadek opisany przez Nothnagla tyczył się młodej dziewczyny z długotrwałym wyciekiem ropnym z lewego ucha, gdzie wciągniętych w sprawę było 8 nerwów czaszkowych lewej strony, niezajętemi zaś pozostały nerwy I-ej, II-ej, III-ej i IV-ej pary. Sekcya dokonana w tym przypadku przez prof. Kundrata wykazała rozległe, gruźlicze próchnienie kości podstawy czaszki, wychodzące pierwotnie z części skalistej lewej kości skroniowej.

Więcej podobnych przypadków Adamkiewicz nie mógł odnaleść w literaturze do roku 1889. Na zasadzie więc tylko tych trzech przypadków opisuje autor osobną postać chorobową, zasadzającą się na jednostronnem zajęciu wielu nerwów czaszkowych bądź ruchowych, bądź czuciowych. Porażenie nerwów ruchowych w tej postaci chorobowej ma wszystkie właściwości porażeń obwodowych. Choroba jest postępująca, kończy się zawsze śmiercią i zależy od nowotworowego lub zapalnego zajęcia kości podstawy czaszki; w samym zaś mózgu zmian żadnych nie znajdywano.

Przedewszystkiem muszę zwrócić uwagę, że całkiem niesłusznie Adamkiewicz nazywa opisany przez siebie obraz chorobowy bardzo rzadkim. Prawda, że przypadki z zajęciem 8, 10 nerwów mózgowych mogą być rzeczywiście rzadkie, ale podobne zupełnie co do przebiegu i przyczyny zajęcie 2—3 lub nawet czterech nerwów czaszkowych z jednej strony nie jest wcale rzadkiem zjawiskiem patologicznem. Podobne przypadki stosunkowo często znajdujemy w próchnieniu kości skalistej (zajęcie nerwu twarzowego i słuchowego), we wszystkich przewlekłych sprawach na podstawie mózgu bądź w oponach, bądź nakoniec w kości. Wszak znane są częste przypadki skombinowanego zajęcia nerwów czaszkowych w przymiocie mózgu (kilaki i przymiotowe nacieki opon na podstawie mózgu) i w pewnym stopniu w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych.

Zresztą nie możemy obrazu chorobowego, opisanego przez Adamkiewicza uważać za jakąś odrębną chorobę; nie stanowi on ani anatomicznej ani etyologicznej całości. Wyróżnienie jednak kliniczne tego obrazu ma pewne niezaprzeczone znaczenie pod względem dyagnostycznym. Połowicze

[1]) Wiener medic. Blätter 1883.
[2]) Wiener medic. Blätter 1884.

postępujące zajęcie nerwów czaszkowych będzie nam wskazywało na pewną, ścisłą lokalizacyę rozmaitych zresztą pod względem anatomicznym spraw chorobowych. I w tem tylko znaczeniu o sprawie tej rozprawiać możemy.

Po tych wstępnych uwagach, które uważałem tutaj za konieczne, przystępuję do opisu dwóch własnych spostrzeżeń szpitalnych.

I. Aleksander Wąsowicz, lat 40 liczący, złotnik, zamieszkujący stale w miasteczku Lelowie gub. kieleckiej, przybył do naszego szpitala 2. Sierpnia 1893 r. Od chorego dowiedzieliśmy się, co następuje: Pochodzi z rodziny zdrowej, nie obciążonej dziedzicznie. Nigdy dotychczas ciężej nie chorował. Przed laty 17 ożenił się; ma czworo zdrowych dzieci. Na przymiot nie chorował, nadużyć żadnych nie popełniał a byt materyalny miał nie świetny wprawdzie, ale też i bez wielkiego braku. Co do obecnej choroby powiada, że przed 2-ma laty dostrzegł na szyi z prawej strony 2 małe guzki. Guzki te rosły coraz więcej, aż doszły każdy do wielkości kurzego jaja, przytem jednak nie były bolesne i tylko niepokoiły chorego ze względu na szybki swój wzrost oraz trudność zapięcia ubrania pod szyją. Chory udawał się o poradę do miejscowego lekarza, wcierał przepisane maście, ale bez żadnego skutku. W końcu miejscowy lekarz poradził mu udać się na operacyę do Warszawy. Do Warszawy chory udał się w końcu Czerwca 1893. r., zapisał się do szpitala pragskiego, oddziału chirurgicznego i tam też wyjęto mu oba te guzy. Wkrótce po operacyi wystąpiło wykrzywienie twarzy i opadnięcie prawej powieki. Chory zaczął ogromnie upadać na siłach, chudnąć i w takim właśnie stanie wypisał się przed tygodniem ze szpitala pragskiego.

Kiedyśmy po raz pierwszy badali chorego, znaleźliśmy mężczyznę wysokiego wzrostu, mocno wychudłego z wejrzeniem charłaczem. Na szyi z prawej strony widać dużą czerwoną bliznę po operacyi. Obmacywając dalej szyję, znajdujemy z tejże strony kilka powiększonych do wielkości migdała, twardych gruczołów chłonnych. Przy badaniu klatki piersiowej żadnych zmian nie znaleziono, również i w innych narządach. Chory uskarża się tylko na brak apetytu i wielkie osłabienie. Rzeczywiście chory na nogach długo ustać nie może, nawet siedząca pozycya męczy go. Gorączki niema. C. 36. 3., t. 68.

Najwyraźniejsze objawy znajdujemy ze strony układu nerwowego, mianowicie w zakresie nerwów czaszkowych. Prawa strona twarzy jest wyraźnie porażona w całości; chory najmniejszego ruchu mimicznego na tej stronie zrobić nie może. Powieki prawego oka nie zamykają się. Zamknięcie powiek utrudnionem jest jeszcze przez wyraźne i znaczne wysadzenie gałki ocznej. Przyglądając się dalej prawej gałce ocznej, znajdujemy zupełną jej nieruchomość. Chory pomimo największego wysiłku nie jest w stanie ani na jeden mm. skierować w żadną stronę nieruchomo ustawionej gałki ocznej. Prawa źrenica rozszerzona, nie oddziaływa ani na światło, ani na akomodacyę. Wzrok na prawem oku także mocno upośledzony; chory liczy palce tylko na odległość kilku cali od oka. Rogówka w prawem oku nieco zmętniała, wskutek czego badanie dna oka wziernikiem jest utrudnione, prawie niemożliwe.

Czucie w prawej stronie twarzy w zupełności zachowane; niema również znieczulenia spojówki oka. W jamie ustnej czucie dotykowe na wargach, na dziąsłach i na języku wszędzie wyraźnie zachowane; na podniebieniu tylko miękkiem i tylnej ścianie gardziela wyraźnie upośledzone. Czucie smaku po prawej stronie języka zupełnie zniesione i w przedniej i w tylnej jego części. Oglądając podniebienie widzimy, że prawy łuk podniebienny jest opuszczony i przy wydawaniu głosu prawie zupełnie nieruchomy; języczek zaś zbacza na lewą stronę. Połykanie wielce utrudnione, przyczem twardszy pokarm prędzej bywa połykany, pokarm zaś płynny dostaje się często do krtani i wywołuje straszne napady duszenia się i kaszlu.

Zmysł węchu zachowany z obu stron jednakowo. Słuch na prawej stronie zupełnie zniesiony. Chory nie słyszy wcale zegarka, przyłożonego do samego ucha. Przewodnictwo dźwięku przez kości zachowane, chociaż także zmniejszone. Głowę chory trzyma sztywnie, mięśnie karku mocno naprężone. Wyraźnego porażenia i zaniku w mięśniach szyjnych z prawej strony nie widzimy. Chory ma głos zmieniony, niedźwięczny, badanie jednak krtani wziernikiem ze względu na sztywność karku i ciągłe krztuszenie się chorego niemożliwe.

Na lewej stronie nie znajdujemy żadnych zmian. Lewa tylko gałka oczna nieco wysadzona, chociaż ruchoma. Lewa źrenica oddziaływa dobrze na światło. W ogólnym psychicznym stanie chorego widać tylko głębokie przygnębienie, żadnych zaś innych zmian; chory ma pamięć dobrą, mówi dobrze. Nie znajdujemy także ani porażeń, ani zboczeń w zakresie czucia na kończynach i na tułowiu.

Z badania więc wynikało, że u chorego zajęte były następujące nerwy czaszkowe z prawej strony: okoruchowy, bloczkowy, rozoczny, wzrokowy (w części), twarzowy, słuchowy, językogardłowy. Niezajętemi napewne były nerwy: węchowy, troisty, podjęzykowy, przydatkowy. Co zaś do nerwu błędnego, to wobec zmiany głosu a niemożności badania chorego wziernikiem krtaniowym pozostawała pewna wątpliwość, czy i ten nerw w części nie został wciągnięty do sprawy chorobowej. Otóż wobec takiego rozległego jednostronnego zajęcia nerwów czaszkowych, dalej wobec braku innych porażeń mózgowych oraz wobec ogólnego wyniszczenia i osłabienia (bez gorączki) rozpoznałem od razu nowotwór złośliwy podstawy czaszki. Wszelkie inne choroby dały się tu wykluczyć z łatwością. Bliższe szczegóły o rozpoznawaniu i odróżnianiu tych przypadków pomieszczę zresztą w końcowych uwagach ogólnych.

Dalszy przebieg choroby był bez wyraźnych zmian. Połykanie było coraz trudniejsze i przedstawiało wszystkie cechy t. z. *dysphagiae paralyticae*. Chory żuł pokarm, łykał go, lecz jak tylko miazga pokarmowa dostawała się do gardła, to zatrzymywała się tam i wywoływała objawy duszenia się i kaszlu, aż ostatecznie została wyrzucona. Od 10. Sierpnia połykanie było absolutnie już niemożliwe i chorego przez pewien czas musieliśmy karmić tylko przez zgłębnik żołądkowy. Wycieńczenie stawało się coraz większe, tętno było coraz więcej przyspieszone i słabe, aż nakoniec chory zmarł z wycieńczenia 20. Sierpnia 1893. r. Nazajutrz zrobiono sekcyę. Szczegółowego protokółu sekcyjnego podawać nie będziemy; wspomnimy tylko w krótkich słowach o zmianach znalezionych po otwarciu czaszki. Otóż ani mózg, ani opony zmienione nie były. Po wyjęciu mózgu na podstawie czaszki w średnim dole czaszkowym z prawej strony opona twarda w okolicy siodła tureckiego, wielkiego skrzydła kości klinowej, wierzchołka kości skalistej i równi pochyłej Blumenbacha była mocno nastrzyknięta. Na siodle tureckiem i na wielkiem skrzydle kości klinowej, około najszerszej części szczeliny oczodołowej górnej dostrzedz możemy kilka małych wykwitów wielkości ziarnka grochu, przedstawiających się jako miękka ziarnina. Kość w miejscu zajętem przedstawia się miękką, kraje się nożem łatwo. Wykrajaliśmy więc parę kawałków tkanki z siodła tureckiego i z wielkiego skrzydła dla zbadania mikroskopowego. Badanie mikroskopowe (Dr. Raum w Warszawie) pokazało, że mieliśmy do czynienia z mięsakiem (*sarcoma*).

II. Macieja Ormana, lat 32 liczącego, robotnika fabrycznego, widziałem poraz pierwszy w miesiącu Wrześniu 1893. r. w ambulatoryum szpitalnem. Przedstawił go tam kol. E. Kohn ze względu na rozległe owrzodzenie gardła, dokładne rozpoznanie przyrody którego było trudnem. Przy oglądaniu gardła widocznem było z prawej strony na migdale, na obu łukach podniebiennych głębokie owrzodzenie z nierównem dnem, pokrytem brudną wydzieliną. Podszczękowe gruczoły są obrzmiałe i bolesne za uciskiem. Dostrzeżono dalej ból przy połykaniu niezbyt wielki, cuchnienie

z ust, zupełny brak gorączki i wcale dobre ogólne odżywianie. Chory twierdzi, że choroba zaczęła się od 4-ch miesięcy; na przymiot nigdy nie chorował, jest żonaty, ma 3 dzieci podobno zdrowych, żona nigdy ani nie poroniła, ani przedwcześnie nie rodziła. Szczegółowe badanie nie wykrywa także żadnych objawów, świadczących o przebyciu przymiotu. Pomimo jednak takiego ujemnego rezultatu badania, mając na względzie młody wiek chorego, dobre ogólne odżywianie i samo wejrzenie owrzodzenia, przypuszczałem przymiotową sprawę i radziłem stosować duże dawki jodu.

Stan chorego rzeczywiście po takiem leczeniu poprawił się znakomicie; owrzodzenie podgoiło się znacznie, chory nie czuł prawie bólu przy połykaniu i uważając się za zupełnie zdrowego, usunął się z pod dalszej obserwacyi. Ta poprawa jednak nie trwała długo, zaledwie 2 miesiące. W pierwszych dniach Stycznia chory znowu przybył do ambulatoryum szpitalnego, uskarżając się na ból w gardle. Badając, znaleźliśmy owrzodzenie w tym samym prawie stopniu, w jakim go widzieliśmy w miesiącu Wrześniu z. r. Poradziłem więc choremu zapisać się do szpitala, co on też i uczynił w dniu 18. Stycznia 1894 r.

Tutaj poddaliśmy go jeszcze raz szczegółowemu badaniu i nie znaleźliśmy żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Stan po dawnemu był bezgorączkowy a w gardle zmiany te same. Wkrótce jednak po zapisaniu się chorego do szpitala wystąpił mocny ból głowy i twarzy z prawej strony. W dniu 29. Stycznia, jeszcze podczas trwania bólu głowy i twarzy, dostrzegliśmy porażenie nerwu twarzowego z prawej strony. Nerw twarzowy był zajęty w całości, oko prawe nie zamykało się a zatem zajęcie nerwu twarzowego było widocznie obwodowem. W kilka dni później zauważyliśmy, że i słuch chorego wyraźnie stępiał na prawej stronie. Zresztą nie było żadnych zmian.

Chorego poddano bardzo energicznemu leczeniu przeciwprzymiotowemu, zastrzykiwano mu podskórnie sublimat w dawkach codziennych zwykłych przez dni 20, następnie wcierano szarą maść (wcierek 15 po 4·0) i oprócz tego chory zażywał duże dawki jodku potasu. Pod wpływem takiego leczenia owrzodzenie w gardle zaczęło się oczyszczać przez obfite odpadanie kawałków zmartwiałej tkanki. Pomimo jednak miejscowej poprawy porażenie twarzy nie ustępowało. Ból, który około 30. Stycznia ustał, powstał na nowo około 10. Lutego; teraz jednak występował głównie w prawej stronie twarzy i skroni i w prawej połowie języka. Ból ten miał charakter więcej napadowy, ustawał na pewien czas, to znów wzmagał się. Widocznem więc było, że mieliśmy do czynienia z nerwobólem nerwu troistego.

Dokładne badanie wskazywało dalej, że u chorego czucie na twarzy, na dziąsłach, na podniebieniu było w zupełności zachowane, tylko na prawej stronie języka czucie dotykowe zupełnie było zniesionem. Czucie smaku na prawej stronie języka było także zupełnie zniesione w $^{2}/_{3}$ przednich częściach; objawów porażnych ze strony mięśni do żucia służących nie można było dostrzedz ze względu na rozległe spustoszenie w gardle, owrzodzenie bowiem zniszczyło łuki podniebienne i część podniebienia miękkiego. W obec takich objawów niewątpliwem było zajęcie prawego nerwu językowego (znieczulenie i utrata smaku), oraz podrażnienie całego pnia nerwu troistego (zwoju Gassera? rozległy nerwoból twarzy).

Porażenie nerwu twarzowego, jak już wspomnieliśmy, utrzymywało się ciągle. Słuch coraz więcej był stępiony tak, że w końcu Lutego chory ogłuchł zupełnie na prawe ucho. Cała prawa strona twarzy była obrzmiała, gruczoły podszczękowe również bardzo obrzmiałe i bolesne.

W pierwszych dniach miesiąca Marca spostrzegliśmy nowy objaw, mianowicie pewne, niezbyt wielkie wysadzenie prawej gałki ocznej, które widocznie powiększało się codziennie. Około 5-go Marca dostrzegłem poraz pierwszy porażenie nerwu rozocznego na prawem oku, około zaś 8-go t. m. wystąpiło rozszerzenie prawej źrenicy bez oddziaływania na światło. W tymże czasie wystąpiły wymioty, gorączka (37·8° rano, 38·5° wieczór), sztywność karku i mocny ból całej głowy, głównie jednak w prawej stronie. Od tego czasu chory stał się niespokojnym, nie chciał przyjmować pokarmu, skarżył się na mocny ból głowy, nakoniec wkrótce stracił przytomność i zmarł 18. Marca 1894 r.

Rozpoznawanie w tym przypadku żadnych nie przedstawiało trudności. Należało przypuszczać próchnienie kości podstawy czaszki, mianowicie wierzchołka kości skalistej i przylegających części kości klinowej. Z nerwów mózgowych zajętymi były w końcowym okresie choroby następujące: twarzowy, słuchowy, troisty, rozoczny i okoruchowy. W samym końcu choroby przyłączyło się widocznie zajęcie zapalne opon mózgowych, za czem przemawiały następujące objawy: wymioty, gorączka, sztywność karku i mocny ból głowy.

Rzeczywiście oględziny pośmiertne dokonane 19. Marca przekonały, że sprawa miała się zupełnie tak, jakeśmy przypuszczali. Było próchnienie kości podstawy czaszki w średnim dole czaszkowym, obejmujące wierzchołek kości skalistej, część niewielką siodła tureckiego, oraz pewną część prawego dużego skrzydła kości klinowej. Próchnienie zniszczyło także prawy wyrostek skrzydlasty *(proc. pterygoideus)* i tym sposobem ognisko na podstawie czaszki łączyło się bezpośrednio z głębokiem owrzodzeniem gardła. Dalej znaleźliśmy ropne zapalenie opon na podstawie mózgu i nakoniec ropień wielkości jaja kurzego w prawym płacie skroniowym samego mózgu.

Z powyższego opisu naszych dwóch spostrzeżeń szpitalnych, oraz z opisu przypadków Adamkiewicza, Bambergera i Nothnagla widzimy, że rzeczywiście postępujące połowicze porażenie nerwów mózgowych przedstawia pewien, ściśle określony kliniczny obraz chorobowy. Choroba trafia się u osób różnego wieku i płci, zaczyna się zwykle mocnym połowiczym bólem głowy i twarzy. Ból jednak nie należy do stałych objawów w tym obrazie chorobowym; nie spotykaliśmy go naprzykład w pierwszym naszym przypadku. Jest wielce prawdopodobnem, że ból nie jest właściwym samej sprawie patologicznej, lecz występuje w tych przypadkach, gdzie w sprawę wciągnięty zostaje nerw troisty. Wtedy ból przedstawia się jako typowy nerwoból nerwu troistego (drugi nasz przypadek). Do dalszych objawów należy porażenie któregokolwiek z nerwów czaszkowych; w naszych przypadkach przedewszystkiem wystąpiło porażenie nerwu twarzowego, w przypadku Adamkiewicza porażenie nerwu okoruchowego. Dopiero następnie w sprawę wciągane bywają kolejno inne nerwy czaszkowe bez względu na ich rodzaj. Znajdujemy więc zajęcie bądź nerwów czuciowych (wzrokowy, węchowy, słuchowy), bądź nerwów ruchowych (oczne, twarzowy), bądź nakoniec nerwów mięszanych (troisty, językogardłowy, błędny).

Porażenie nerwów ruchowych przedstawia wszystkie właściwości porażeń obwodowych; spotykamy więc tutaj odczyn zwyrodnienia na prąd elektryczny, zanik i drżenie włókienkowate unerwionych przez nerwy czaszkowe mięśni. Zajęcie nerwów czuciowych wyraża się albo zupełnem zniesieniem ich czynności (utrata węchu, wzroku, słuchu, smaku), albo podrażnieniem (nerwoból nerwu troistego) albo nakoniec zniesieniem czynności z równoczesnem podrażnieniem *(anaesthesia dolorosa* w zakresie nerwu troistego).

Opisany obraz chorobowy jest stale postępujący, trwa rok, rzadko dłużej i kończy się zawsze śmiercią.

Porażeniu połowiczemu nerwów mózgowych odpowiadają zawsze anatomiczne zmiany na podstawie czaszki. Tutaj więc należą: nowotwory kości (rak miękki), próchnienie

kości, sprawy przewlekłe zapalne opon podstawy mózgu (przymiot, gruźlica) i guzy podstawy mózgu. Nie zawsze można rozpoznać ściśle rodzaj sprawy patologicznej. W każdym razie należy się tutaj kierować następującemi objawami: 1) Rozległe, w zakresie 6—10. nerwów mózgowych połowicze porażenie przemawia za zajęciem kości a przeciwko sprawie w oponach. 2) Równoczesne zajęcie nerwów odległych od siebie, naprzykład nerwu węchowego i nerwu języko-gardłowego z pominięciem nerwów pośrednich, przemawia przeciwko sprawie postępowej w kości a za zajęciem opon, w zapaleniu bowiem opon przewlekłem łatwiej zdarzyć się mogą rozrzucone ogniska podobne. 3) Zajęcie ograniczone do małej liczby nerwów z przebiegiem niepostępowym przemawia za guzem podstawy mózgu lub za zapaleniem opon, a przeciwko zajęciu kości; sprawy bowiem odbywające się w kości najczęściej mają charakter postępowy. Jednem słowem, jeżeli znajdziemy rozległe, kolejne, jednostronne, postępujące porażenie nerwów czaszkowych, to z wielkiem prawdopodobieństwem wnosić z tego możemy, że sprawa tkwi w kościach podstawy czaszki.

Jeżeli rozpoznanie rodzaju sprawy patologicznej przedstawia rzeczywiście pewne trudności i nie zawsze może być całkiem pewne, to zato rozpoznanie siedliska sprawy jest o wiele łatwiejsze i niekiedy z matematyczną ścisłością może być określone. Podstawę czaszki anatomicznie dzielę na 3 części czyli doły; dół czaszkowy przedni, średni i tylny, inaczej czołowy, skroniowy, potylicowy. Doły te są podwójne, prawe i lewe. W dole przednim znajdujemy tylko jeden nerw czaszkowy mianowicie węchowy, w dole średnim znajdujemy nerwy ruchowe oczne, nerw wzrokowy, słuchowy, twarzowy, troisty. W dole tylnym w okolicy dziury potylicowej znajdujemy nerwy językogardłowy, błędny, przydatkowy i podjęzykowy.

Otóż na zasadzie powyższego anatomicznego rozmieszczenia nerwów łatwo z kolejnego ich zajęcia wnosić możemy o siedlisku sprawy patologicznej. I tak ogniska tkwiące w dole czaszkowym przednim zajmą nerw węchowy. Na tym jednym objawie ogranicza się sprawa powierzchowna w oponach. Sprawa jednak głęboka w kości przejdzie na oczodół odpowiedniej strony i ztąd wywoływać będzie cały szereg objawów. Powstaje więc wysadzenie gałki ocznej i mniej więcej rozległe porażenie nerwów ruchowych oka. Do tego z czasem przyłączyć się może zapalenie i następowy zanik nerwu wzrokowego. Ognisko więc głębokie w przednim dole czaszkowym może zająć nerwy I-ej, II-ej, III-ej, IV-ej i VI-ej pary obok wysadzenia gałki ocznej.

Ogniska w dole czaszkowym średnim zająć mogą te same nerwy oprócz nerwu węchowego a niezależnie od tego nerwy: twarzowy, troisty i słuchowy. Wysadzenie gałki ocznej może i przy tej siedzibie ogniska występować i występuje w rzeczy samej bardzo często. Zależy ono albo od ucisku na zatokę jamistą, albo zakrzepu krwi w zatoce jamistej. Również i ucisk na same żyły oczne przy wyjściu ich z oczodołu w bliskości szczeliny oczodołowej górnej może sprawiać zastój krwi w żyłach ocznych, ich rozszerzenie, obrzęk tkanki pozagałkowej i co za tem idzie, wysadzenie samej gałki.

W dole czaszkowym średnim jest miejsce, gdzie ognisko wcale niewielkie może wywołać rozległe porażenia nerwów czaszkowych. Miejsce to odpowiada wierzchołkowi kości skalistej i przylegającym częściom kości klinowej, mianowicie trzonowi i wielkiemu skrzydłu tejże kości. Ognisko w tem miejscu, zajmujące niekiedy tylko obszar kilku centymetrów kwadratowych, może wywołać porażenie nerwów: twarzowego i słuchowego, zajęcie zwoju Gassera (nerw troisty), porażenie nerwów ruchowych ocznych, przechodzących przez zatokę jamistą i nakoniec zajęcie nerwu wzrokowego. Ognisko to także wskutek ucisku na zatokę jamistą może wywołać zastój krwi w żyłach ocznych i wysadzenie gałki ocznej.

Ogniska, zajmujące tylko dół czaszkowy potylicowy, są bardzo rzadkie; najczęściej sprawa nowotworowa z trzonu kości klinowej, z dołu średniego przechodzi na trzon kości potylicowej i wciąga następowo nerwy IX-ej, X-ej, XI-ej i XII-ej pary. A zatem zajęcie tych nerwów kończy najczęściej ciężki bardzo obraz połowiczego porażenia nerwów mózgowych.

Opisywany obecnie przez nas obraz chorobowy jest tak charakterystyczny, że odrazu naprowadza nas na właściwe rozpoznanie. Żadnej innej choroby mózgowia nie można wziąć za cierpienie opisywane. Najwięcej jeszcze podobieństwa klinicznego z tą sprawą przedstawia zajęcie jąder nerwów mózgowych, występujęce w postaci t. z. *polioencephalitis anterior* (Wernicke) i *polioencephalitis posterior v. paralysis progressiva bulbaris* (Duchenne). W obu tych chorobach mamy do czynienia z porażeniem zanikowem w zakresie nerwów czaszkowych ruchowych. W obu sprawa jest postępująca, kończy się prawie zawsze śmiercią chorego. Na tem jednak ogranicza się podobieństwo tych chorób do opisywanej przez nas sprawy. Różnice za to są wybitniejsze. Porażenie postępujące nerwów czaszkowych jest zawsze chorobą jednostronną, połowiczą, kiedy powyższe choroby zajmują zawsze nerwy z obu stron. Porażenie postępujące nerwów mózgowych zajmuje nietylko nerwy ruchowe, lecz również i nerwy czuciowe, kiedy zajęcie jąder ogranicza się ściśle do jąder nerwów ruchowych. Te dwie różnice są tak właściwe, że wystarczą do ścisłego odróżnienia w każdym przypadku.

II. O swoistem działaniu kokainy i jego zastósowaniu w terapii.

Podał

Dr. Salo Rossberger,

lekarz chorób zębów i uszu w Jarosławiu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

Przechodząc do szczegółowego umotywowania i objaśnienia każdego z osobna punktu szematu, przytoczyć należy, że nad punktem 1. nie ma potrzeby długo się rozwodzić, gdyż to sprawa w zasadzie zbyt jasna i znana i przez nikogo nie kwestyonowana. Tylko co do sposobu stósowania winienem dorzucić kilka słów a mianowicie, że do oka i ucha używam zakraplacza (1—2 kr.), gardziel i krtań zwykłem maczać tamponem na wpół wyciśnionym a w nosie na dziąsłach, podniebieniu, wargach, wywróconych powiekach, od bytnicy, otwartych ranach i wrzodach, używam także do połowy wyciśnionych pęczków waty z 10% rozczynu wodnego zostawiając je atoli w zetknięciu z pożądanem miejscem przez 3 lub 4 minuty, poczem w razie potrzeby i możności wstrzykiwam pod skórę lub w skórę, w błony śluzowe $^{1}/_{2}$% rozczyn wedle terytoryum tyle, ile i jak potrzeba (1—2,

3 i 4 strzykawki Pravaza), bylebym otrzymał wyraźną niedokrewność (białość) tkanek. Skoro tylko całe miejsce operacyjne jest białe; zaraz przystępuję do cięcia, względnie ekstrakcyi. Rękoczyn to tak prosty i nieszkodliwy, że każdy i niedoświadczony niechybnie ze skutkiem go wykona bez obawy o przypadłości, bo wie, że płyn jest nadzwyczaj roztworzony, że można spokojnie dać 2, 3 i 4 strzykawki. Kto nie wierzy, niech raczy spróbować a przekona się, że tak jest; zresztą powołuję się jeszcze na Fränkla Aleks.[1]), Schleicha[2]), Neudörfera[3]) i Hackera[4]). Dla dobitności przytoczę tu jeden ustęp z pracy Hackera: „Używając tych rozczynów, musi się wstrzyknąć kilka pełnych strzykawek pod skórę i w nią samą tak, że przez to powstaje naciek opuchlinowy. Przez wstrzyknięcie w skórę powstawać muszą białe bąble, przez wstrzyknięcie zaś podskórne formalne guzy i dopiero wtedy udaje się rzeczywiście wykonać drobne rękoczyny bez bólu. Wykonałem szereg mniejszych operacyj przy pomocy tego sposobu i byłem ze skutków b a r d z o z a d o w o l o n y. Pozwolę sobie przytoczyć kilka operacyj, w których po wstrzyknieniu $1/2$ do 10 strzykawek rozczynu otrzymano zupełne znieczulenie:

1) Wyjęcie igły tkwiącej pod paznogciem.

2) Operacya kaszaków różnej wielkości (3 razy).

3) Przyżeganie z powodu znamion *(naevus)* (2 razy) i naczyniaka wargi dolnej.

4) Operacya stulejki *(phimosis)*, raz z odcięciem koniuszka, drugi raz z utworzeniem płata według Rosera.

5) Wycięcie kawałka napletka z powodu wrzodu, wycięcia klina z wargi dolnej z powodu raka (2 razy).

6) Operacya paznogcia wrosłego (2 razy).

7) Wycięcie raka, szew i przemieszczenie czerwieni wargowej.

8) Wycięcie małego guza gruczołu przyusznego.

9) Wyskrobanie łyżeczką wrzodu gruźliczego na czole.

10) Wyjęcie górnego zęba trzonowego po powstaniu nacieku dziąsła nie uległego zapaleniu. Znieczulenie było zupełne w dwóch sprawach ropnych kości, przy przecięciu z powodu zanogcicy kostnej i z powodu zapalenia okostnej szczęki górnej. Tkanka, którą mamy znieczulić, musi mianowicie zupełnie przesiąknąć“.

A na innem miejscu tej samej pracy czytamy: „Jakkolwiek nie można się było obejść bez tego środka (kokainy), jednakże nie było się nigdy pewnym przykrej niespodzianki zatrucia dłużej trwającego. Ja sam widziałem niedawno u młodego człowieka po wstrzyknieniu $2/3$ s t r z y k a w k i $2^1/_2\%$ r o z c z y n u (zatem koło 0·016 kokainy) w okolicę międzykrocza oprócz wymienionych już objawów (zblednienie, poty, zawroty i omdlenie) skurcze tężcowe w kończynach, trwające więcej niż $1/2$ godziny, skurczowe ruchy żujące z miarowem wysuwaniem i cofaniem języka, połączone z zupełnym bezgłosem. Po użyciu słabszych rozczynów w zwykły sposób skutek nie bywał tak wybitny a przecież i tu doszło się już do granicy dozwolonej dawki.

[1]) Wiener med. Wochenschft. 1887. Nr. 5.
[2]) Deutsche med. Ztg. 1891. 33, 44.
[3]) Int. klin. Rund. 1891. 31, 32 i 33.
[4]) Wiener klinische Wochenschrift. 1893. 10.:

formułka	Fränkla	0,10	Coc. ad	10·00	Aq. dest.	
„	Schleicha	0,75	„ „	100·00	„ „	
„	Hackera	0,50	„ „	100·00	„ „	+ 0,20 Natr. chlorat.
„	Neudörfera	0,50	„ „	50,00	Aq. amygd. amar.	

Schleich[1]) postępuje podobnie, tylko ma inny rozczyn i wstrzykuje w głębi za każdem cięciem prawie, ile razy napotyka na nową tkankę; więc osobno w skórę, osobno w mięsień, osobno w otrzewną, osobno w więzadła i t. d. W nowszych czasach łączy Schleich mgłę eterową *(Aether-Spray)* z wstrzykiwaniem kokainy i chwali sobie wielce to postępowanie (o czem jeszcze raz później).

Że istotnie najgłówniejszą okolicznością w całej sprawie jest w gruncie rzeczy niedokrewność miejscowa, wynika z tego, że ani Hackerowi ani Schleichowi nie udało się znieczulenie ani czystą wodą, ani płynem fizyologicznym (0.60% rozcz. soli kuchennej), które przecież także sprawiają naciek, ale nie są dostatecznym bodźcem do wywołania niedokrewności a Bleichsteiner[2]) n. p. powiada najwyraźniej: „Jako punkt wyjścia dla rokowania co do udania się znieczulenia służy z u p e ł n e z b i e l e n i e dziąsła. Po skończeniu injekcyi należy odrazu przystąpić do ekstrakcyi“.

Przeciw teoryi infiltracyi przemawia jeszcze okoliczność, o której Unna[3]) tak się wyraża: „Powszechnem jest spostrzeżenie, że każde uczucie — a więc i uczucie bólu — tem mocniej dostaje się do świadomości, im większem jest ciśnienie, pod którem znajdują się odpowiednie zakończenia nerwowe. Najczulsze nasze narządy dotykowe są chronione od podrażnienia przez to, że są wścielone w luźną tkankę łączną n. p. na opuszkach palców i dłoni. To, co nazywamy natężaniem uwagi, czy to podczas wpatrywania się, słuchania, wąchania, czy dotykania, jest dowolnem zwiększaniem napięcia tkanki pod wpływem mięśni. Wiadomo też powszechnie, że wobec równych zresztą okoliczności ropień, n. p. czyrak tem jest boleśniejszy, im większy jest opór sąsiedniej tkanki“.

Jako *experimentum crucis* niejako umieściłem w szemacie punkt 4., który powiada, że tam, gdzie ze względów topograficznych czy patologicznych, trudno o miejscową sztuczną niedokrewność, tam i o miejscowe znieczulenie trudno a na dowód tego twierdzenia przytaczam kazuistykę Hackera, któremu znieczulenie zupełne udało się w niezapalonem dziąśle a nie udało się w sprawach zapalnych, jak zanogcicy kostnej, zapaleniu okostny zębodołowej i tkanki łącznej podskórnej *(phlegmone)*. Na dowód zaś, że sama niedokrewność przez się sprawia znieczulenie, przytaczam zdania Eichhorsta[4]) i Kaposiego[5]). U pierwszego czytamy: „Zdolność czucia skóry jest w wysokim stopniu zależną od prawidłowego krążenia. Jeżeli za pomocą opaski Esmarcha lub przez uciskanie tętnicy uczynimy pewną okolicę skóry niedokrewną albo przeciwnie, jeżeli uciskając żyłę wywołamy zastój, to za każdym razem wystąpią objawy znieczulenia. Nagłe zatkanie tętnicy przez zator, zamknięcie żyły przez zakrzep, zwężenie tętnic skórnych w skutek skurczu mięśni i t. p. wywołują po większej części za sobą znieczulenie“ a Kaposi pisze: „Obniżenie ciepłoty skóry, nieprawidłowe objawy ze strony czucia, zdrętwienie, mrowienie, z u p e ł n e z n i e c z u l e n i e należą do objawów podmiotowych, towarzyszących niedokrewności skóry“.

[1]) Berl. klin. Wochenschft. 1891. 35 i l. cit.
[2]) Oesterr. ungar. Viertelj. f. Zahnh. 1889. Zeszyt IV. (zalecając także 3% kok).
[3]) Unna. Dermatol. Studien. 1886. str. 7.
[4]) Handbuch d. sp. Pathol. u. Therapeut. 1887. Z. III. str. 102.
[5]) Pathol. u. Therapie d. Hautkr. 1887. str. 134 i 135.

Jest to przecież ogólnie znana rzecz, którą co do kokainy osobno wykazali jeszcze Baumgarten [1]), Viau [2]) i Fuchs [3]), który w swem trzeźwem i przedmiotowem przedstawieniu rzeczy tak się wyraża: „Działanie kokainy można najlepiej wytłómaczyć, przypuszczając, że drażni włókna nerwu współczulnego. Wywołany przez to skurcz naczyń sprawia zbladnienie spojówki i zwężenie źrenicy. Nie jest jeszcze rzeczą niewątpliwą, czy znieczulenie powierzchni gałki ocznej należy przypisać jej niedokrewności“.

Wiadomo, że działanie rozpylonego eteru i chlorku etylu jak i korylu (Argent) polega ostatecznie także tylko na niedokrewności, wywołanej wprawdzie za pomocą nagłego zniżenia ciepłoty o kilka lub kilkanaście stopni, jak to wykazał Hattyasy [4]) ścisłemi doświadczeniami a Anrep, Mosso [5]), Silex [6]) kładą działanie kokainy na równi z miejscowem nagłem oziębieniem za pomocą lodowych okładów, które przedewszystkiem zwężają naczynia.

Wobec tego, co się dotychczas powiedziało, nie wolno będzie chyba na przyszłość lekceważyć sobie kokainy nawet w 3% rozczynach tam, gdzie bezkarnie nagłej niedokrewności wywoływać nie podobna a potrafimy sobie także paradoksalne na pozór zdania wytłómaczyć. Aby tylko przytoczyć przykład, dość będzie nadmienić, że wedle słusznego całkiem zdania Dra G. i innych, kokainy można użyć do zatamowania krwotoku a przecież każdy, kto używał bodaj 2 lub 3 razy kokainy, wie, że do jej słabych stron należy to właśnie, że sprawia krwotoki; przebieg bowiem często jest taki: aplikuję kokainę, robię ekstrakcyą zęba, nie ma prawie ani kropli krwi, pacyent dziwi się, płucze trochę, poczem dopiero pokazuje się krew, dostaje waty do ust i idzie do domu. Za godzinę przychodzi, że mu strasznie krew się leje i nie można jej zatamować. Zdarza się to częściej u zębów dolnych, zwłaszcza trzonowych a spodziewać się można tam, gdzie po ekstrakcyi widać albo można namacać wyniosłość (*septum*) zębodołu, wchodzącą między oba korzonki. Ja sam, dwukrotnie w nosie operowany, dostałem w obu razach w kilka godzin po zabiegu dość znacznych krwotoków.

Jeżeli znowu prawdą jest, że przedewszystkiem do miejscowego znieczulenia trzeba niedokrewności miejscowej, to pojmujemy także, dlaczego Corning, Roberts i Wölfler dochodzą do zdumiewających skutków kokainy z pomocą opaski Esmarcha, dlaczego Schleich szczęśliwie łączy mgłę eterową z kokainą, dlaczego Heryng i Gottstein [7]) przed użyciem kokainy w krtani i gardzieli każą pacyentom łykać kawałki lodu i t. d.

I przypadłości kokainowe może okażą nam się w innem świetle, jeśli uwzględnimy więcej działanie alkaloidu na naczynia i przedstawimy sobie odruchowe działanie wedle punktu siódmego wzoru.

Wiadomo, że uciśnienie tętnicy dogłowowej, choćby przez małą część minuty wywołuje natychmiast niedokrewność mózgu, na którą on odpowiada przerwaniem swych czynności i na tem polega szybka śmierć przy strangulacyi. Jeżeli natomiast w pewnej okolicy głowy wywołujemy niedokrewność, to mózg pod tym zabiegiem może cierpieć dwojako. Albo krew z miejsca niedokrewnego wyparta dostaje się do niego sprawiając tam rozszerzenie naczyń, albo naczynia mózgu pod wpływem czynnika sprawiającego niedokrewność także się zwężają, sprowadzając stan i objawy nagłej jego niedokrewności.

Przy tem wszystkiem zdarza się często, że odruchowo rozszerzają się naczynia brzuszne, zwłaszcza jeżeli zastósowano kokainę n. p. w odbytnicy lub międzykroczu (Hacker) a Potter [1]) donosi o pewnej kobiecie, która dostawała każdym razem parcia na stolec za pomazaniem jej błony śluzowej nosa 2—4% kokainą. Spostrzeżenie to kontynuował Polter przez trzy miesiące.

Może być, że wewnętrzne stósowanie kokainy przeciw wymiotom i na zaspokojenie głodu (Schlesinger i Rössler [2]) także polega na działaniu zwężającem naczynia; przecież lodem zwykliśmy zwalczać chwilowo wymioty, krwotoki i głód.

To też z mego stanowiska trudno się godzić bezwzględnie na takie twierdzenia Dra G., jak „znieczulenie (kokainowe) powstaje przez porażenie zakończeń obwodowych nerwów czuciowych a że przy tem zwężają się naczynia obwodowe a w skutek tego pojawiają się bezkrwistość, bladość i zmniejszenie wydzieliny, to ma dla nas tylko znaczenie podrzędne, własność ta jednak kokainy jest podstawą jej działania, jako środka tamującego krwotoki“, albo takie n. p. „że zdanie Pernicego, Ulbricha i Spitzera, jakoby w tkankach zapalnych kokaina w ogóle nie działała, jest wprost śmieszne, dlatego, że *ungnis incarnatus* daje bez wyjątku najidealniejsze znieczulenie“. Dobrze, ale czy *unguis incarnatus* jest wzorem spraw zapalnych takich, jak zapalenie tkanki łącznej podskórnej, zanogcica, zapalenie okostny zębodołowej, ropień limfatyczny, dymienica, czyrak i wąglik a przecież o tem się mówi i myśli. Tak samo nie pojmuję Łepkowskiego [3]), który w ogóle przyłącza się zupełnie do zdania Gabryszewskiego a przecież w ciągu rozprawki od niego odstępuje, biorąc za zasadę, że trzeba „odróżnić wszystkie stadya zapalnych objawów“. Łepkowski nie wierzy w to, „że samo wtłoczenie płynu sprawia znieczulenie“ a mimo to, że dla niego zwężenie naczyń jest ważnym objawem, z którym się liczyć trzeba, odwołuje się do zdania Feinberga: „że kokaina po bezpośredniem zetknięciu się z nerwami obwodowymi natychmiast wywołuje znieczulenie“.

Mojem zdaniem dobrze będzie sprzeczne nieraz zdania autorów, którym ani znajomości sprawy, ani przedmiotowości w obserwacyi, ani dzielności pióra odmówić nie można, zawsze brać *cum grano salis* a wtenczas unikniemy zawodów i zniknie może powstająca już w publiczności kokainofobia, która, jak każde zdanie lekarskie ludu, w orzeczeniu lekarskiem powag często ma swój początek.

Na tem kończę swe uwagi o kokainie, wyrażając przytem nadzieję, że może znajdzie się ktoś, co zechce doświadczeniami potwierdzić przypuszczenia w niniejszej rozprawce podane.

Jarosław, dnia 26. Lutego 1894.

[1]) Wiener med. Wochenschft. 1886. 44.
[2]) L'odontologie. 1886. ref. Goebla w *Przegl. lek.*
[3]) Lehrb. d. Augkr. 1889. str. 284 i 285.
[4]) Oester.-Ungar. V. f. Z. 1892. Zeszyt IV.
[5]) Arch. ital. de biolog. ref. w D. med. Ztg. 1891. Nr. 54.
[6]) Berlin. klin. Wochens. 1893. 12. ref. Szulisławskiego w *Przegl. lek.* 1894. Nr. 3.
[7]) Krank. d. Kehlkopf. 1890. str. 85.

[1]) Buffalo med. and surg. journal. 1887. ref. w Wiener klinische Wochenschft. 1888. Nr. 15.
[2]) Wiener klin. Wochenschft. 1893. 31 i 46.
[3]) *Nowiny lek.* 1894. Nr. 2. str. 61.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił
Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.
Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Śródmaciczne czyli łożyskowe zarażenie się płodu kiłą przypuszczali z dawniejszych syfilografów Augustus Ferryeryusz (l. c.) i Astruc[1]; zdaniem wymienionych autorów płód może otrzymać kiłę od matki za pośrednictwem „zakażonych soków." Podobne też zdanie wypowiedzieli Mauriceau[2]) i Mahon[3]), który twierdził, iż kiłowe dzieci, spłodzone z jajka zakażonego umierają zwykle w łonie matki, te zaś dzieci, które zarażają się kiłą przez obieg krwi w łożysku, rodzą się z objawami kiły lub też stają się później kiłowemi. De Blegny[4]) oświadczał, że dziecię spłodzone przez zdrowych i niekiłowych rodziców może podczas ciąży zarazić się w łonie matki kiłą, której matka nabyła już po zapłodnieniu; przyrzut kiłowy wtedy przenosi się z matki na płód za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku. Teoryę śródmacicznego czyli łożyskowego zakażenia się płodu kiłą przyjęło wkrótce wielu syfilodologów, mianowicie Hufeland[5]), Acton[6]), Baumès[7]), Putegnat[8]), Simon[9]), Lindwurm[10]); z nowszych zaś syfilidologów za teoryą łożyskowego zakażenia się płodu kiłą oświadczyli się Jullien[11]), Krówczyński[12]), Profeta[13]), Mauriac[14]) i Kaposi[15]).

Niektórzy ze zwolenników wymienionej teoryi utrzymywali, iż kiła, nabyta przez matkę w jakimkolwiek okresie, zawsze może udzielić się potomstwu (Nevermann[16]), Cooper[17]), Oewre[18]), Notta, Karczewski[19]), Engelstedt, Flindt, Hudson[20]), Krówczyński, Neumann[21]); według zaś Etienna[22]) najzgubniej wpływa na zdrowie potomstwa kiła nabyta przez matkę w pierwszej połowie ciąży, kiła zaś nabyta w drugiej połowie brzemienności niekiedy tylko udziela się płodowi. Inni zaś twierdzili, iż płód otrzymuje tylko kiłę nabytą przez matkę w pierwszych miesiącach ciąży; jeśli zaś matka zarazi się kiłą w końcu ciąży, płód pozostaje zdrowym i wcale na kiłę nie zapada (Lessa[1]), Thierfelder[2]), Ricord[3]), Mireur[4]), Whitead[5]), Rodriguez[6]), Koebner[7]), Boeck[8]), Wiede[9]), Fraenkel[10]), Simes[11]), Lesser[12]). Niebrakło też głosów utrzymujących, iż kiła nabyta przez matkę w ostatnich miesiącach ciąży zwykle udziela się płodowi, kiła zaś matki, nabyta przez nią w pierwszej połowie ciąży, wcale nie przekazuje się potomstwu (Bayer[13]), von Rosen[14]); odmiennie znów brzmi zdanie Didaya[15]): powiada on, iż płód od 2-go do 7-go miesiąca ciąży w najściślejszym pozostaje związku z matką, nabywa więc tylko wtedy kiły od matki, jeśli ta zaraziła się w 2—7. miesiącu ciąży, kiła zaś nabyta przez matkę w pierwszym lub dziewiątym miesiącu ciąży nie przekazuje się wcale potomstwu.

Prawie wszyscy wyżej wymienieni autorowie utrzymują zgodnie, iż nabyta podczas ciąży kiła matki wtedy tylko udziela się płodowi, jeżeli ogólne objawy kiły wystąpiły u matki podczas ciąży; Balling[16]) zaś i Rosen[17]) twierdzą, iż nawet kiła matki, w pierwotnym okresie znajdująca się może się udzielić potomstwu podczas ciąży; przytoczone jednak przez Rosena spostrzeżenia wcale tego nie dowodzą, albowiem w pierwszych 2ch przypadkach rzekome pierwotne owrzodzenia u matek mogły być i objawami drugorzędnej kiły, nadto zaś we wszystkich trzech przypadkach Rosena nic się nie wspomina o stanie zdrowia ojca podczas zapłodnienia matki a więc nie można zaręczyć, iżby kiła dzieci w wymienionych przypadkach pochodzić musiała od matki.

Przeważna część autorów, przypuszczających możliwość śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą w ciągu brzemienności, uzasadnia swe twierdzenia teoretycznemi rozumowaniami. Niektórzy tylko z nich wzmiankują pobieżnie o spostrzeżeniach, w których wypadało przypuszczać łożyskowe zarażenia się kiłą (Ferryeryusz, Astruc, Mahon, Hölder, Simon, Lindwurm, Jullien). Blaise[18]) w swej monografii zestawił wszystkie teoretyczne dowody, jakie tylko można było zebrać do uzasadnienia wymienionej teoryi; powołuje się on głównie na najnowsze badania i poszukiwania pasorzytnicze, z których wypada, iż przyrzuty chorób zakaźnych mogą przenikać przez łożysko; następnie przytacza przypadki, w których matki cierpiące podczas ciąży na ostre osutki, wydawały na świat dzieci z objawami tychże chorób. Jak widzimy więc, Blaise idąc za przykładem Rotha, posługuje się li tylko analogią i teorety-

[1]) Wiener medizin. Jahrbuch. 1875. str. 414.
[2]) Traité des maladies des femmes grosses. IV. édit. Paris 1694.. str. 20, 60. 83, 110.
[3]) Recherches sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitique. Paris. 1802. str. 407.
[4]) H. Bleise, de l'hérédité syphilitiques. Paris 1883. str. 14.
[5]) Hufeland's Journal. 1798. IV. str. 498.
[6]) Behrend's Syphilidologie. 1841. III. 4. str. 581.
[7]) Tamże 1842. IV. str. 63—64.
[8]) Histoire et thérapeutique de la Syphilis des nouveau-nés. Paris. 1854. str. 145.
[9]) l. c. str. 443.
[10]) Würzburger medic. Zeitschrift. 1862. III. str. 145.
[11]) l. c str. 996.
[12]) l. c str. 331.
[13]) Trattato pratico delle malattie veneree. Palermo 1888. str. 937—938.
[14]) Syphilis tertiaire et héréditaire. Paris 1890. str. 1092—1092.
[15]) Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1891. str. 386.
[16]) Schmidt's Jahrbücher. 1840 1. str. 69.
[17]) Traité de pathol. chirurgicale. Paris 1851. str. 427.
[18]) Pamiętnik Tow. Lek. Warsz 1870. LXIV. 1. str. 43.
[19]) Archives of dermatology. 1880. str. 314.
[20]) Wiener mediz. Presse. 1885. 30. str. 957.
[21]) Annales de gynécologie. 1892. Avril.
[22]) La syphilis peut-elle être transmise de la mère à l'enfant. Thése. Montpellier. 1838.

[1]) Behrend's Syphilidologie. N. R. 1862. III. str. 534.
[2]) Diday l. c. str. 41.
[3]) l. c. str. 28.
[4]) Arch. génér. de médecine. 1857. Sept. str. 371—376.
[5]) Behrend's Syphilidologie. N. R. 1861. III. str. 534.
[6]) Klinische und experim. Mittheilungen. Erlangen 1864. s. 141.
[7]) l. c. str. 177.
[8]) l. c. str. 40, 42 i 80.
[9]) Arch. f. Gynaecologie. 1873 V. str. 53.
[10]) Polyclinic. Philad. 1883. I. str. 81.
[11]) Schmidt's Jahrbücher 1883. 4. str. 43.
[12]) Hufeland's Journal. 1821. XXIII. stück 3, str. 74.
[13]) Behrend's Syphilidologie. N. R. III. 1862. str. 180—185.
[14]) l. c. str. 41—42 i 48.
[15]) Hecker's Annalen. 1832. XXIV. Oct. str. 132.
[16]) l. c. str. 148.
[17]) De l'hérédite syphilitique. Paris 1883. str. 16—20, 25—28, 30—31.
[18]) Vassal, l. c. str. 50.

cznemi rozumowaniami dla udowodnienia teoryi łożyskowego zarażenia się kiłą a nie opierając się wcale na ścisłych i dokładnych doświadczeniach i spostrzeżeniach, tyczących się wprost matek kiłowych

Inni jednak zwolennicy teoryi śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą nie ograniczając się li tylko do teoretycznych argumentów, przytaczają na udowodnienie wymienionej teoryi przypadki, w których zdrowe w chwili zapłodnienia matki, zaraziwszy się podczas ciąży kiłą, udzieliły jej za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku płodowi.

Przystępując do rozpatrzenia wymienionych przypadków, zaznaczmy wymagania, jakim powinny zadośćuczynić spostrzeżenia mające dowieść łożyskowego zarażenia się płodu kiłą nabytą przez matkę w czasie ciąży:

1) przedewszystkiem stan zdrowia obojga rodziców przed zapłodnieniem i w chwili zapłodnienia musi być dobrze wiadomy i dokładnie zbadany,

2) należy wykazać, iż ojciec przed zapłodnieniem nie przebywał kiły,

3) nie powinno też ulegać wątpliwości, iż matka przed zajściem w ciążę i w chwili zapłodnienia nie miała kiły i dopiero nabyła jej podczas ciąży,

4) kiła płodu lub noworodka powinna być niewątpliwą; przedwczesny poród i podejrzane objawy chorobowe u dziecka w obec braku wyraźnych zmian kiłowych nie są wcale przekonywającymi dowodami kiły potomstwa,

5) powinniśmy wiedzieć, kto jest rzeczywistym ojcem dziecka.

Ostatnia okoliczność jest wprawdzie najtrudniejsza i najczęściej jej brakuje a wyjaśnienie kwestyi ojcostwa można niekiedy załatwić dzięki podobieństwu dziecka do swego rodzica.

Stósując powyższe wymagania i warunki do ogłoszonych już przypadków śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą, nabytą przez matkę podczas ciąży, rozpatrzmy się kolejno w należących tu spostrzeżeniach.

W przypadkach G i b e r t a [1]), S t a r c k a [2]) i D e p a u l a [3]), tyczących się jednak matek, które nabyły kiły w 2—4 miesiącu ciąży i następnie wydały na świat dzieci kiłowe, brakuje wcale wiadomości o stanie zdrowia ojca a więc nie ma pewności, iż kiła potomstwa pochodziła wyłącznie od matki. W przypadku D o e p p a [4]) brakuje ścisłych i dokładnych wskazówek o zdrowiu ojca; nie można więc twierdzić, iżby dziecię zaraziło się kiłą od matki, która nabyła choroby w 5ym miesiącu ciąży.

W przypadku P o r t h e r a [5]) kiła dziecka mogła pochodzić także od ojca, gdyż u niego były wybitne objawy kiłowe podczas ciąży; choroba więc ojca musiała być wcześniejszego pochodzenia od kiły matki, u której objawy kiłowe wystąpiły w 3. miesiącu ciąży; można przypuszczać, iż w wymienionym przypadku kiłowe nasienie było przyczyną choroby matki i dziecięcia.

[1]) Edinburgh. medical und surgical Journal. 1851. str. 366.
[2]) Gazette médicale de Paris. 1951. str. 472.
[3]) Behrend's Syphilidologie. 1840. II. str. 316.
[4]) Dublin Jour. medic. science. 1857. May.
[5]) Traité des maladies vénériennes chez les enfants nouveau-nés. 1810. str. 142, 155, 157 i 159.

W czterech przypadkach B e r t i n a [1]) nie ma pewności, iżby matka w chwili zapłodnienia była wolną od kiły; o stanie zaś zdrowia ojca brakowało wiadomości.

Przypadek spostrzegany przez D u b o i s a [2]) wypada też zaliczyć do rzędu wątpliwych, albowiem stan zdrowia ojca pozostał nieznanym, objawy zaś w płucach i na skórze u dobrze odżywionego i zresztą zdrowego dziecka mogły być niekiłowymi.

W przypadku B a u m è s a [3]) mąż nabywszy kiły, zaraził swą żonę, która znajdowała się wtedy w 7ym miesiącu ciąży; następnie pojawiły się u niej pierwotne, później zaś drugorzędne przypady kiły. U donoszonego i pozornie zdrowego dziecka w 2 tygodnie po urodzeniu wystąpiły na skórze rozrzucone wykwity niesztowicowe, (*ecthymata*), które zresztą zagoiły się wkrótce; w obec braku u dziecka wszelkich innych oznak kiłowych, wziąwszy też pod uwagę krótki przebieg osutki, oraz ogólny dobry stan zdrowia dziecka, słusznie można powątpiewać o kiłowej naturze choroby dziecka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Przyczynek do terapii cholery azyatyckiej.

Podał
Dr. Józef Ulanowski z Lublina.

Z wykazu liczby zapadłych i zmarłych na cholerę w r. 1892., pomieszczonego w wydawanym przez Departament Lekarski w Petersburgu *Gońcu higieny społecznej, Medycyny sądowej i praktycznej* za miesiąc Luty 1894. roku, przekonywamy się, że w całem Cesarstwie rosyjskiem zapadło na cholerę 605.058 ludzi a zmarło 296.852, że najwięcej ucierpiała gubernia Saratowska, w której na 2.493.000 ludności zachorowało 43.247, zmarło 20.788 a w samem mieście gubernialnem Saratowie zachorowało 4.172, zmarło 2.239, przy ludności 130.000, że w gubernii Lubelskiej, mającej ludności 1,090,000 zachorowało 6,282, zmarło 2,643 a w samem mieście Lublinie o ludności 53.000 zachorowało 2.284 a zmarło 813.

W powyższym wykazie, jak również w wykazie szczegółowym epidemii cholery z r. 1892. w gubernii Lubelskiej i m. Lublinie nie pomieszczono statystyki kobiet w ogóle a tembardziej ciężarnych zapadłych i zmarłych na cholerę.

Wyczytawszy w N-rze 47 *Przeglądu lekarskiego* z roku 1892. wiadomość podaną przez Dra Tipjakowa o cholerze u kobiet, z której okazuje się, że u wszystkich 7 ciężarnych w różnych okresach ciąży, przybyłych do szpitala w Saratowie w początkach cholery, ciąża w miarę postępu choroby przerywała się, nadto wiedząc z *Przeglądu lek.*, że pierwsza, zapadła na cholerę w Krakowie kobieta, była ciężarną, że poroniła i potem zmarła, zainteresowałem się tą ważną kwestyą, tembardziej, że niosąc pomoc ciężarnym, zapadłym na cholerę w czasie epidemii w Lublinie w r. 1867, jakoteż i w r. 1892, widziałem odmienne rezultaty, t. j. że ciąża nie przerywała się i że ciężarne, wyzdrowiawszy z cholery, w kilka miesięcy rodziły dzieci donoszone i zupełnie wy-

[1]) B o u c h u t, Traité pratique des maladies des nouveau-nés. 1852. str. 878.
[2]) Précis théorique et pratique des maladies vénériennes. 1840. I. str. 169.
[3]) l. c. str. 47.

kształcone i zdrowe. Chcąc mieć dane statystyczne w tym względzie, zapytałem się wielu kolegów, otrzymałem jednakże odpowiedzi, że wszystkie ciężarne, zapadłe w roku 1892. na cholerę, poroniły lub odbyły połóg przedwczesny i że mała tylko liczba wyzdrowiała a mianowicie: z 34 ciężarnych, zapadłych na cholerę, wyzdrowiało 8, po rozwiązaniu w tej liczbie jedna miała bliźnięta obumarłe. Sześć zmarło nie poroniwszy. Ośmnaście zmarło po poronieniu lub po porodzie przedwczesnym. Dwie, zapadłe na cholerę w końcu pierwszej połowy ciąży a mianowicie: D. H., mająca lat 29, ciąża 5-ta, urodziła d. 2. Lutego 1893. r. donoszonego, zupełnie zdrowego chłopca, pomimo, że cholera była bardzo mocna w ciągu dwóch dni, ze skurczami mięśni, wymiotami obfitemi, biegunką i zupełnem wstrzymaniem wydzielania się moczu i druga B. R. B., mająca lat 27, 6-ta ciąża, urodziła zupełnie zdrową, donoszoną dziewczynkę w połowie Stycznia 1893. roku.

Chorym ciężarnym zwykle podawałem następujące środki: w ciągu pierwszej doby:

Rp. *Infusi radd. rhei e.* 4·00
l. a. par. 210·00
Acidi muriatici dil. 2·50
Syr. menthae pip. 30·00
MDS. Co godzina zażywać po łyżce stołowej.

Rp. *Mentholi* 4·00
Spiritus vini rectif. 120·00
MDS. Watę zmoczoną w tym płynie przykładać na brzuch w okolicy żołądka, powtarzać to co parę godzin i tymże płynem nacierać lekko mięśnie podległe skurczom.

Też same środki stosowałem w ciągu drugiej doby, jeżeli stolce miały jeszcze wejrzenie płynu ryżowego. W ciągu dni następnych aż do wyzdrowienia przepisywałem tym chorym:

Rp. *Infusi radd. acori calami e* 6·00
l. a. par. 210·00
Acidi muriatici dil. 2·50
Syr. menthae pip. 30·00
MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżce stołowej.

Obok tego kazałem podawać rum, koniak, wódkę miętową, kawę czarną zimną, herbatę i odwar słaby mięty w ilościach małych co parę godzin. Ozdrowieńcy zaś spożywali żółtka ubite z cukrem i z małą ilością rumu dobrego (od 4-ch do 6-ciu żółtek dziennie).

Kobiety ciężarne, zapadłe na cholerę, leczone przez innych lekarzy, używały kalomelu i salolu, wstrzykiwano im kamforę i morfinę, dawano enteroklizy i kąpiele, lub nacierania lodem.

Również w czasie epidemii cholery w Lublinie w roku 1867. dwie kobiety ciężarne: I. F., lat 24 i R. G., lat 22, w parę miesięcy po wygaśnięciu epidemii, urodziły dzieci zdrowe.

Powyższego sposobu leczenia kobiet ciężarnych używam u wszystkich zapadłych na cholerę, t. j. mężczyzn, kobiet i dzieci, tylko miarkuję stosownie do potrzeby dawki tych środków; kąpieli zaś, injekcyj, nacierań lodem i enterokliz, ani kalomelu wcale nie używam i jestem zdania na zasadzie % śmiertelności, wykazanej w Hamburgu i w wielu miastach Francyi i Włoch, że lekarze tamtejsi, którzy ich używali na wielką skalę, wcale pomyślnych rezultatów nie widzieli.

V. Oceny i sprawozdania.

Rybicki Stanisław: **O zapobiegawczem leczeniu wścieklizny u człowieka z krytycznym poglądem na metodę Pasteura.** Warszawa, str. 122. (Osobna odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.).*

Autor przytaczając na wstępie ogólnikowo patogenezę i spostrzeżenia tyczące się wścieklizny, podaje zarazem w wątpliwość dzisiejsze pojęcia a w szczególności pojęcia Pasteura o tej chorobie, uwzględniając starszych autorów jak zapatrywanie Grevego, Magendiego, Hertwiga i innych, z których niejedne, jak n. p. zapatrywanie Hertwiga o przeszczepieniu nerwów, należą dzisiaj tylko do historyi. W dalszym ciągu swej pracy R. oparty na spostrzeżeniach kilku kolegów wykazuje, że częstotliwość wybuchu wścieklizny u ludzi i zwierząt po pokąsaniach przez zwierzęta rzeczywiście wściekłe jest nierównie mniejsza, aniżeli Pasteur podaje. Z tego wnosi, że tak dobrze zwierzęta a jeszcze więcej człowiek posiadają przeciwko wściekliźnie wrodzoną właściwą odporność, dzięki której a nie jakiemuś leczeniu 90% pokąsanych zostaje ocalonych.

Roztrząsnąwszy następnie z powątpiewaniem metodę Pasteura zapobiegawczego leczenia wścieklizny i jego zwolenników jak Bardacha, Bujwida i innych, stara się wykazać, że leczenie wytworem jadu wścieklizny, który ma działać po wstrzyknieniu przez osłabienie lub zniesienie szkodliwego wpływu na ustrój jadu drogą naturalną wszczepionego, jest błędne, jak wykazały analogiczne doświadczenia z tuberkuliną Kocha. Nadmienia przytem, że gdyby nawet zapatrywanie Kocha okazało się było prawdziwem, to w każdym razie działanie tuberkuliny na ustrój nie polega na stopniowem oswajaniu organizmu przez wprowadzenie prątków gruźliczych, lecz na działaniu zabójczem wyjałowionych produktów wymiany bakteryj.

Uważając wprowadzenie jadu wścieklizny do ustroju za niebezpieczne, potępia jeszcze więcej aniżeli pasteurowski, sposób Högyesa, polegający na wstrzykiwaniu pokąsanym coraz bardziej stężonych i nieosłabionych rozczynów zarazka wścieklizny, sądząc, że tą drogą niewątpliwie żywe mikroorganizmy wścieklizny, (których istnienie przypuszcza), dostają się do ustroju i jeżeli dotychczas zgubnych nie ma następstw, to ten korzystny rezultat tylko jedynie wrodzonej odporności człowieka na jad wścieklizny przypisać należy. Mimo tego i mimo nasuwających się wątpliwości autor nie przeczy stanowczo, że zwierzęta zdrowe jak psy, szczepione osłabionym i stopniowo coraz jadowitszym zarazkiem wścieklizny, mogą uzyskać na pewien czas odporność przeciw naturalnemu zarażeniu. Nie może jednak nigdy wysnuć wniosku, by zwierzę już przed szczepieniem zarażone można wyleczyć w ten sposób, gdyż trzebaby przypuścić, że przyroda ma odmienne drogi dostawania się jadu do ośrodków nerwowych a inne, jak to przyjął Bujwid, dla zarazka przez szczepienie wprowadzonego, mianowicie według Bujwida dla pierwszego drogi za pośrednictwem nerwów a dla drugiego narząd krążenia, w skutek czego ma zarazek sztucznie wszczepiony uprzedzać działanie zarazka drogą naturalną t. j. przez pokąsanie wprowadzonego. Ażeby więc czemuś podobnemu uwierzyć, trzebaby zdaniem autora wykryć zupełnie nowe prawa krążenia dla zarazków przez pokąsanie wszczepionych i dla zarazków sztucznie przez wstrzykiwanie wprowadzonych. Również porównywanie ze strony zwolenników metody Pasteura z ochronnym wpływem krowianki nie wytrzymuje, zdaniem autora, najmniejszej krytyki, albowiem przez szczepienie krowianki otrzymuje się łagodną formę ospy, która chroni na pewien czas od naturalnego zarażenia, gdy tymczasem szczepienie wścieklizny nie wywołuje ani łagodnej wścieklizny ani w ogóle żadnych reakcyjnych objawów.

Celem wykazania, że przyżeganie ran u pokąsanych jest usprawiedliwionym a nie zbytecznym i do żadnego celu nie prowadzącym zabiegiem, jak twierdzą uczniowie Pasteura,

przedstawia autor kazuistykę przypadków wścieklizny z 10 gubernij Król. pol. i miasta Warszawy, spostrzeganych przez lekarzy. Skrzętnie zebraną kazuistykę dzieli: *a)* na przypadki zapobiegawczo wcale nie leczone; *b)* na przypadki leczone, lecz nie wiadomo czem lub zbyt późno lub niewłaściwie n. p. wodą karbolową; *c)* na przypadki, w których u pokąsanych przypalano rany; *d)* na przypadki w których stósowano bezskutecznie metodę Pasteura, oraz *e)* na przypadki mogące nasuwać podejrzenie o szkodliwości metody Pasteura. Dla ułatwienia przeglądu, dołącza autor w końcu tablice statystyczne przedstawiające śmiertelność u ludzi pokąsanych, leczonych przypalaniem i zupełnie nieleczonych za czas od r. 1873—1886. oraz śmiertelność od r. 1886—1891. u ludzi nieleczonych, leczonych przypalaniem lub metodą Pasteura. Z tych tablic okazuje się, że na ludność 6.100.000 w ciągu 13 lat, t. j. do roku 1886., zmarło na wściekliznę 76 osób, z nich 62 nieleczonych a 14 leczonych przyżeganiem, od r. 1886—1891. zaś zmarło 54 osób, z tych 38 zupełnie nieleczonych, 3 mimo przyżegania, 2 po przyżeganiu i leczeniu metodą Pasteura a 11 po leczeniu wyłącznem metodą Pasteura. Z powyższego zestawienia wypada, że średnio rocznie na milion umierał w Król. pol. w ciągu 18 lat 1 człowiek. Z tych danych wnosi autor, że liczba przypadków wścieklizny w ostatnich 5-ciu latach, t. j. od stósowania metedy Pasteura znacznie się wzmogła, gdyż do r. 1886. na 6.100.000 mieszkańców zmarło 76 czyli 6 rocznie, gdy tymczasem od r. 1887—1891. osób 54 czyli średnio 11 na rok a uwzględniając nawet, że ludność w tym czasie wzrosła do 8.300.000, to zawsze jeszcze przypadnie 9 przypadków na milion. Opierając się na statystyce pokąsań, wykazuje autor, że w Król. pol. umiera na wściekliznę z ludzi nieleczonych zaledwie 1·7% wbrew obliczeniom Pasteura, który podaje, że średnio 10% pokąsanych ginie na wściekliznę. Z uwagi, że sam Pasteur przyznaje, że mimo jego leczenia umiera jeszcze 1% a z pokąsanych w twarz nawet 2%, przeto sądzi, że porównywając śmiertelność po pokąsaniach u nieleczonych, jak wyżej, ze śmiertelnością po szczepieniu zapobiegawczem, nic a nic nie zyskuje się na metodzie Pasteura. Uwzględniając następnie statystykę prof. Bujwida, któremu od roku 1886—1891. na 1175 szczepionych zmarło 3 osób czyli 0·35% zaznacza, że przez przeciąg 18-tu lat z leczonych przyżeganiem osób 5940 zmarło 17 osób czyli 0·22, wynik w każdym razie dla starej metody bardzo korzystny.

W końcu dochodzi autor na podstawie swej pracy do następujących wniosków:

1) Wścieklizna jest u ludzi chorobą nadzwyczaj rzadką, gdyż średnio umiera jeden człowiek na milion.

2) Z liczby pokąsanych zapada na wściekliznę tylko zaledwie 2%.

3) Z uwagi, że leczenie zapobiegawcze ludzi pokąsanych jest nieuzasadnione, przeto jedynie szczepienie ze względu na doświadczenia na zwierzętach, może mieć znaczenie ochronne a nigdy lecznicze.

4) Szczepienie w Król. pol. nie zmniejszyło śmiertelności ani nawet o jednego człowieka.

5) Jako środek jedynie logiczny oraz jako środek dający najwięcej rękojmi uważać należy przypalanie ran u pokąsanych.

Rzecz cała napisana spokojnie i ściśle przedmiotowo, dąży do wykrycia prawdy w leczniczych zabiegach sposobem Pasteura, które obecnie w żadnym razie naukowo, lecz jedynie tylko empirycznie usprawiedliwić można, tem więcej, że przyżeganie ran nieraz zawodzi, jak wykazał sam autor oraz i inni, jak Bollinger, który przyznaje, że z zarażonych osób nieleczonych przyżeganiem umiera 83% a z leczonych przyżeganiem 33%. Na poparcie szczepienia mogą posłużyć wyniki leczenia pokąsanych ludzi przez wilki w ostatnich czasach w Sadogórze, które przemawiają na korzyść tej metody. Że szczepienie sposobem Pasteura zdaje się, że jest zupełnie nieszkodliwe, może dowieść swoją osobą żyjący uczeń Pasteura, prof. Ullmann, który nie będąc pokąsanym, jedynie tylko dla przeświadczenia się o skutkach, szczepił się w r. 1887. w zakładzie Pasteura bez żadnej szkody dla swego zdrowia.

W żadnym razie ani przez szczepienie ani przez przyżeganie nie usunie się śmiertelności na wściekliznę u ludzi, lecz jedynie tylko przez ścisłe wykonywanie policyi weterynarskiej, t. j. bezwzględne tępienie nie tylko chorych, lecz i wszystkich podejrzanych psów oraz przez dążenie do zmniejszenia liczby psów przez ustanowienie wysokich podatków, jakoteż zakładanie stale psom kagańców. Jeżeli bowiem dzięki policyi weterynarskiej udało się już po części w Niemczech wytępić wściekliznę a w Austyi księgosusz, zarazę stadną i ospę owczą, można mieć niepłonną nadzieję, że i ta dla ludzi tak groźna zoonoza, t. j. wścieklizna jako choroba czysto zakaźna, przy energicznem postępowaniu zniknie wkrótce z powierzchni ziemi. *Dr. Walentowicz.*

Chirurgia.

V. Chalot: Eter jako środek znieczulający.

Autor, profesor kliniki chirurgicznej w Tuluzie, przez 20 lat używał do usypiania chorych wyłącznie chloroformu, zraziwszy się do eterowej narkozy kilku niefortunnemi próbami, wykonanemi przed laty. Dopiero przed dwoma laty rozpoczął na nowo doświadczenia z eterem i zmieniwszy zupełnie postępowanie, otrzymał wyniki znakomite.

Jakkolwiek na podstawie znacznej liczby narkoz oddaje bezwarunkowo pierwszeństwo eterowi przed chloroformem, nie skazuje jednak chloroformu na wykreślenie z użycia jako środka znieczulającego, lecz wyznacza każdemu z nich miejsce w chirurgii według ścisłych wskazań. W obszerniejszej tej pracy roztrząsa on szczegółowo różne własności działania eteru na organizm, przemawiające za i przeciw stósowaniu tego środka.

Główną, zasadniczą zaletę eteru, dającą mu znakomitą przewagę nad chloroformem, stanowi jego bezpieczeństwo dla życia chorego podczas narkozy tak, iż można być prawie zupełnie pewnym, że choremu nie grozi śmierć na stole operacyjnym. Wprawdzie eter wywołać może asfiksyę w skutek porażenia oddychania, lecz ta nie występuje tak nagle, jak porażenie serca przy chloroformie tak, że narkotyzujący, uprzedzony zastraszającymi objawami dość wcześnie, ma jeszcze czas na użycie środków zaradczych. Zabójczość więc eteru pierwotna, na razie, jest bez porównania mniejsza niż chloroformu; co się zaś tyczy szkodliwości następowej, pooperacyjnej, to pod tym względem obawy są zupełnie nieuzasadnione: działanie jego na narząd oddechowy i nerki nie jest wcale gorsze od działania chloroformu, jeżeli tylko te narządy są zdrowe.

Z długiego szeregu zarzutów robionych narkozie eterowej, większa część, zdaniem autora, jest całkiem nieuzasadniona. Zarzucano, iż eter ma nadzwyczaj przykry i ostry zapach, że jest zbyt lotny, że zanadto łatwo się zapala, lecz wszystkie te zarzuty wynikają tylko z nieumiejętnego użycia i łatwo zapanować nad temi wrzekomo niekorzystnemi własnościami przy pomocy odpowiedniego postępowania. Zarówno niesłuszne są twierdzenia, dość często dające się słyszeć, że działanie jego jest o wiele powolniejsze i słabsze niż chloroformu, że podnieca on mocniej i dłużej, że działa niepewnie a niekiedy wprost chybia celu, nie mogąc sprowadzić zupełnego znieczulenia i zwolnienia mięśni, że wreszcie wymaga zużycia ogromnych ilości płynu. Przeciw wszystkim tym zarzutom autor daje jedną odpowiedź: trzeba umieć używać eteru a przy umiejętnem postępowaniu nie będzie żadnych wad narkozy eterowej. Jednakże ma i ona rzeczywiste swe strony niekorzystne, niektóre wspólne z narkozą chloroformową, inne zaś wyłącznie sobie właściwe. Do pierwszych należą: 1) wymioty, rzedziej jednak występują i króciej trwają niż po chloroformie, według obliczeń wynoszą zaledwo 7·5%; 2) obniżenie ciepłoty ciała, bardzo mało co większe niż przy chloroformie. Do właściwych następstw eteru zaliczyć należy: kaszel, sinicę twarzy, ślinotok, hiper-

sekrecyę oskrzelową, osutkę eterową, zwiększenie ciśnienia w naczyniach, drżenie trwające niekiedy podczas całej narkozy pomimo znieczulenia, wreszcie rzedziej występujące niespokojne przebudzenie się.

Na podstawie zestawienia tych wszystkich zalet i wad podaje autor następujące wskazania i przeciwskazania do narkozy eterowej.

Eter stanowi najlepszy środek znieczulający, odpowiedni dla każdego wieku i każdego chorego z wyjątkiem:

1) Zapaleń ostrych lub też cierpień przewlekłych, którejkolwiek części narządów oddechowych włącznie z opłucną.

2) Obecności wola, który powiększa się znacznie w skutek przekrwienia i przez ucisk na tchawicę sprowadza objawy duszności.

3) Operacyj mózgowych także z powodu ogromnego przekrwienia wśródczaszkowego i ztąd niebezpieczeństwa krwotoków.

4) Operacyj na twarzy i szyi (oczy, nos, policzki, wargi jama ust, broda, okolica podjęzykowa, krtań).

5) Przypadków, gdzie należy użyć kaniuli tamponowej Trendelenburga.

6) Użycia termokauteru lub galwanokauteru.

7) Wreszcie operowania w miejscach ciasnych i źle przewietrzanych.

Co się tyczy ustępu 6), to on zarówno, jak i używanie eteru w świetle sztucznem stanowią tylko względne przeciwwskazanie. Zdaniem autora można zupełnie bezpiecznie operować w świetle sztucznem, aby tylko ognisko światła znajdowało się powyżej chorego, przynajmniej na 20 centymetrów, gdyż pary eteru w skutek swej ciężkości nie podnoszą się nigdy ku górze, lecz opadają na dół. Podobną odległość (do 0 30 m.) zachować należy w użyciu termokauteru, chociaż wykazano *(Fueter)*, że termokauter zapala eter dopiero w odległości centymetra.

Na czem więc polegać winna odpowiednia technika eteryzowania? Autor wykonywa ją w sposób następujący: Chorego, będącego na czczo lub w 4—5 godzin po jedzeniu, kładzie się w pozycyi poziomej i okrywa się, o ile tylko można, dokładnie, aby wynagrodzić utratę ciepła, sprawioną przez eter; trzymanie tętna jest najzupełniej zbyteczne. Jako przyrządu używa on maski własnej, wielkością i kształtem zbliżonej do maski Julliarda, budową zaś do maski Schimmelbuscha; powierzchnia jej pokryta jest warstwą materyi nieprzemakalnej, przechodzącej naokoło maski na kilka cm. poza jej brzegi. Samo zaś stósowanie eteru streszcza autor w następnych punktach: należy nalewać eter w kilku dużych dawkach, następujących po sobie; zwykle nalewa się 25—30 grm. naraz i dawkę tę powtarza się trzy lub cztery razy w odstępach 2—3 minutowych, co zwykle u dorosłego wystarcza do zupełnego znieczulenia i zwolnienia mięśni. Aż do tej chwili chory powinien oddychać wyłącznie powietrzem zawartem pod maską i nasyconem parami eteru; dlatego też narkotyzujący winien ograniczyć do możliwego minimum dostęp powietrza pod maskę. Dopiero po zupełnem znieczuleniu można dawkę eteru znacznie zmniejszyć (5—10 grm.), stósować ją rzadziej i od czasu do czasu pozwolić choremu odetchnąć świeżem powietrzem.

Jeżeli więc eter przedstawia środek o wiele bezpieczniejszy w użyciu od chloroformu, to jeszcze wybitniej występują jego korzystne własności w okresie pooperacyjnym. Chorzy z małymi wyjątkami budzą się szybko, przytomność powraca zaraz tak, iż zwykle, o ile na to się pozwoli, o własnych siłach mogą opuścić salę operacyjną. Twarz ich ma wejrzenie dobre i nie przypomina bynajmniej trupiego wejrzenia po chloroformie; nudności ani wymiotów niema prawie nigdy i w dwie godziny po operacyi chory może przystąpić do zwykłego swego posiłku.

Wszystko to odbywa się w narkozach prawidłowych „typowych"; lecz, rzecz prosta, bywają i tu narkozy „atypowe", gdzie wystąpić mogą różne komplikacye w postaci spotęgowanej (kaszel, ślinotok, podniecenie, sinica, nawet asfiksya), nigdy jednakże nie ma zapadu wskutek *syncope cardiaca*, tego postrachu każdej narkozy chloroformowej. (*Revue de Chirurgie* 1894. Nr. 5, Maj).

Dr. Kryński.

Choroby nerwowe.

Anton: **Udział zwojów podstawowych mózgu w powstawaniu zboczeń ruchowych, mianowicie pląsawicy** *(chorea)*.

Autor spostrzegał dwa przypadki rozmiękczenia w zwojach podstawowych mózgu. Pierwszy tyczył się 9-letniego chłopca, u którego po przebyciu płonicy wystąpił ogólny niepokój, trwający do śmierci. Chory nie mógł chodzić, ani siedzieć; im więcej namysłu i ćwiczenia wymagał ruch pewien, tem silniejszym był niepokój ogólny. Przy sekcyi znalazł A. ogniska symetryczne w jądrach soczewkowatych (*corpus lentiforme*) po obu stronach, pozostałe po dawno przebytem rozmiękczeniu symetrycznem. Drugi przypadek tyczył się 65-letniego chorego, który pomimo braku jakiegokolwiek porażenia, godziny całe przebywał bez wykonywania najmniejszego ruchu dowolnego. W przypadku tym sekcya wykazała ogniska rozmiękłe w dwóch tylnych trzecich częściach wzgórka wzrokowego *(thalamus opticus)*.

W przypadkach opisanych zajęcie jądra soczewkowatego znosiło czynność hamującą i koordynacyę ruchów, obrażenie zaś wzgórka wzrokowego upośledzało popędy do ruchów. Z tego wynika, zdaniem A., że przy wykonywaniu ruchów skojarzonych czynność zwojów podstawowych ma wielkie znaczenie. Oznaczenie pewnej lokalizacyi dla pląsawicy uważa autor na razie za niemożebne, jednakże sądzi, że zwoje podstawowe odgrywają w cierpieniu tem niepośledni rolę. (*Centralblat f. Physiologie*. 5. Maja 1894). *Beck.*

Choroby zakaźne.

J. Zappert: **Działanie lecznicze antydyfteryny Klebsa.**

Autor stósował środek ten w 15 przypadkach błonicy gardła, w których badaniem bakteryologicznem wykazano obecność prątka Klebsa — Löfflera ściśle wedle przepisów Klebsa. Używał podwójnie zgęszczonego roczczynu antydyfteryny w postaci pomazywania i wkraplania. Z 15 przypadków 11 uleczono, a 4 umarło. Co się tyczy powikłań, to mimo leczenia tym środkiem widział autor prawie wszystkie powikłania a mianowicie zstępujący dławiec, posocznicę, białkomocz i porażenie serca. Klebs tłómaczy powstanie tych powikłań dostaniem się dyplokoków, nie zaś działaniem samego jadu błoniczego; działania przeto swoistego powyższego środka na powikłania spodziewać się nie można.

Autor porównywa wyż wspomniane przypadki błonicy z 10 innemi leczonemi raczej wyczekująco za pomocą wdmuchiwań jodoformu, płukań środkami przeciwgnilnemi, zadawania wewnętrznie chloranu potasowego i przekonał się, że leczenie za pomocą antydyfteryny nie obniża gorączki i nie wpływa na łatwiejsze oddzielanie się złogów wypocinowych. (*Wiener medic. Wochenschrift* Nr. 13—17. 1894).

Dr. Bolesław Komorowski.

Ucke (w Warszawie): **Przypadek róży żołądka.**

Wiadomo, że jad wywołujący różę przechodzi ze skóry na błony śluzowe. Dotąd jednak zaprzeczano, by ta sprawa chorobowa mogła także zajmować błonę śluzową dolnej części przełyku, żołądka i jelit. Z tego względu zasługuje na uwagę przypadek spostrzegany przez autora w szpitalu Ujazdowskim w Warszawie a tyczący się żołnierza, który zmarł w przebiegu ciężkiej róży na skórze szyi, twarzy i klatki piersiowej oraz błonie śluzowej jamy ust i gardła. Przy sekcyi znaleziono obok zmian innych na błonie śluzowej części wpustowej żołądka pęcherze zupełnie podobne do tych, które spotrzega się na skórze w róży pęcherzowej (*erysipelas bullosum*). Pęcherze te wypełnione były żółtawą cieczą, częścią zaś pęknięte. Reszta błony śluzowej żołądka była nieco obrzękła i przekrwiona. Badanie mikroskopowe

tej części żołądka wykazało obecność paciorkowców w przestworach limfatycznych znajdujących się bezpośrednio pod przybłonkiem. Koki te uważa U. za paciorkowce róży Fehleisena. Żałować należy, że autor nie mógł się o tem na pewno przekonać zapomocą czystych hodowli. Spostrzeżenie to dowodzi, zdaniem U., że róża może wzdłuż połyku przechodzić na błonę śluzową żołądka. Czy może także przejść przez żołądek na błonę śluzową jelita i ztąd dalej jeszcze, nie da się rozstrzygnąć na podstawie opisanego przypadku. *(Centralbl. f. allgem. Pathologie u. patholog. Anatomie* 1894. Nr. 11. z 1. Czerwca). *Beck.*

Bakteryologia.

W a l t e r H e s s e: **O zachowaniu się mleka krowiego względem prątków cholery.**

Autor streszcza wyniki swych badań w sposób następujący:

1) Swieże, surowe mleko krowie nie tylko nie jest pożywką dla grzybów cholery, ale przeciwnie zabija je.

2) Zabijanie rozpoczyna się z chwilą, kiedy grzybki cholery dostają się do mleka, kończy się zaś prawie bez wyjątku w ciepłocie pokojowej (15 — 20°) w przeciągu 12 godzin, w ciepłocie hodowlanej w ciągu 6—8 godzin.

Przy tem jest rzecz obojętna, jakiego wieku są hodowle cholery dodane do mleka, w jakich pożywkach je wyhodowano i czy z grzybkami dostało się także trochę pożywki do mleka.

Najdłużej opierały się obumarciu z przyczyn naturalnych hodowle cholery agarowe.

3) Ginienie nie zależy od stopnia kwaśności mleka, ani od ilości zarodników w niem zawartych, ani też od wytworów ich przemiany, tylko jest objawem żywotnym mleka, gasnącym natychmiast po ogrzaniu mleka do 100° C.

4) Również mleko ogrzewane zapomocą prądu pary przez czas dłuższy, przez trzy i więcej godzin nie pozwoli w sobie utrzymać się przy życiu grzybkom cholery. Przyczyną tego może być wzmagająca się kwaśność mleka, w miarę im dłużej działa prąd pary.

5) Przez krótki czas, do $1^1/_2$ godziny, wystawione mleko na działanie prądu pary staje się przemijająco dobrą pożywką dla prątka cholery.

Przeciwne działanie po kilku dniach należy sobie tłómaczyć w ten sposób, że mleko pod wpływem mnożenia się grzybków cholery, kwaśnieje aż do ścięcia się sernika. W każdym razie może także kwaśne i ścięte mleko jeszcze przez tygodnie zawierać prątki cholery zdolne do rozwijania się.

Prątki choleryczne zmieniają wybitnie w mleku poczynającem kwaśnieć i w kwaśnem swój kształt.

W obec powyższych okoliczności, należy zwracać uwagę na mleko jawiące się w handlu tem bardziej, że mleko krowie zachowuje się całkiem podobnie względem prątka durowego, jak cholerycznego; mianowicie mleko surowe, zdolne tylko przemijająco stawać się przenośnikiem grzybków cholery, ale nigdy służyć im za pożywkę, będzie można uważać za niepodejrzane, przeciwnie mleko przegotowane.

Mleko wyjałowione w małych ilościach okazuje się także jako niepodejrzane, jeżeli się je przechowuje w miejscach chłodnych i nie wlewa się doń resztek mleka, głównie zaś w obec tego, że się je rychło konsumuje i szczelnie flaszeczki zatyka. *(Zeitschrift f. Hygiene und Infectionskrankheiten* Tom XVII, zeszyt 2). *Dr. Buszek.*

Położnictwo.

L e o p o l d: **O wskazaniach do cięcia łonowego.**

Najsłabszą stronę sprawy cięcia łonowego jest określenie dokładne, w jakich przypadkach mamy je stósować skutecznie. Autor w obszernem zdaniu sprawy przedłożonem na XI. międzynarodowym Zjeździe w Rzymie, opierając się na doświadczeniu własnem i uwzględniając spostrzeżenia innych stara się określić dokładnie wskazania do cięcia łonowego.

Jeżeli wymiar prosty wchodu wynosi 11—7 cm. a mamy przed sobą pierwiastkę, położenie i ułożenie płodu prawidłowe, pęcherz utrzymany, to należy zostawić przebieg porodu siłom natury. Gdy bóle są dobre, to nieraz rodzą się dzieci donoszone siłami natury przy sprzężnej *(conjugata)* 8—$7^1/_2$ cm. Ponieważ cięcie łonowe jest zabiegiem, wymagającym znajomości techniki operacyjnej, potrzeba do tego dobrych pomocników; leczenie pooperacyjne bywa bardzo żmudne, ponieważ wśród zabiegu krwotok być może nader gwałtowny a obrażenie bardzo znaczne; przeto sądzi, że w c o w ł a ś n i e w y m i e n i o n y c h g r a n i c a c h ś c i e ś n i e ń n a l e ż y u p i e r w i a s t e k c i ę c i a ł o n o w e g o z a n i e c h a ć.

Inaczej rzecz się ma, gdy mamy przed sobą rodzącą wieloródkę ze zwężeniem dochodzącem od 11—7 cm. Jeżeli ciąża trwa dłużej, niż 34 tygodnie, należy wzniecić poród przedwczesny. Jeżeli kobieta zgłasza się z końcem ciąży, to i tu przy zwężeniu 11—9 cm.) należy liczyć na poród siłami natury; gdy zwężenie 9—7, to obrót z wydobyciem płodu najczęściej i najpewniej prowadzi do celu, rzedziej kleszcze na główce wysoko ustawionej. W przebiegu takich porodów należy przedewszystkiem starać się o utrzymanie pęcherza płodowego, a gdy on grozi pęknięciem wcześniej, to założyć balon Brauna, który temu w wielu razach zapobiedz zdoła, przyczem ubolewa nad tem, że w wielu razach utrzymanie pęcherza tak położne, jak i lekarze nawet lekceważą. Zaleca też w razie trudnego wydobycia główki kleszczami, czy też wytoczenia po obrocie, sposób Walchera t. j. ułożenie rodzącej ze zwieszonemi nogami, przez co sprzężna wydłuża się nieco.

Jeżeli teraz mamy zwężenie od $7^1/_2$—6 cm., to zwykle poród dziecka donoszonego odbyć się nie może siłami natury, nie można też myśleć o kleszczach ani o obrocie; pozostaje więc tylko pomniejszenie płodu, cięcie łonowe i cesarskie. Któryż z tych trzech sposobów wybrać należy? Statystyka wykazuje, że po pomniejszeniu płodu procent śmiertelności matek wynosi 4—5%, po cięciu łonowem 12%, po cesarskiem 15—20%. Jeżeli dziecko nieżywe, albo mocno omdlałe, należy wykonać wymóżdżenie. Jeżeli płód jest żywy, to aż do granicy 6 cm. sprzężnej ma w całej pełni zastósowanie cięcie łonowe zwłaszcza, że dla płodów wynik jest prawie ten sam, co po cięciu cesarskiem, a dla matek lepszy; poniżej 6 cm. należy wykonywać cięcie cesarskie, które na przyszłość według autora ograniczyć należy do bezwzględnego ścieśnienia miednicy.

Co się tyczy zestawienia ostatnich 15 przypadków Morisoniego, to ścieśnienie było w granicach 6·3 — 7·9 cm. Matki uratował wszystkie, dzieci zaś 13.

Jakie muszą być okoliczności, aby wynik po cięciu łonowem był najpomyślniejszy?

1) Rodząca ma być wolną od zakażenia.

2) Miednica nie powinna być skośnie ścieśnioną.

3) Drogi porodowe miękie, dostatecznie rozwarte i podatne.

4) Tony serca płodu wyraźne.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to nie jest ona bardzo łatwą. Wymaga się dokładnego odrażenia; operujący nie powinien zajmować się wydobyciem płodu, lecz asystent; nie należy po cięciu łonowem czekać na poród siłami natury; należy przecinać odrazu całe spojenie. Spojenie zeszyć należy szwem jedwabnym i założyć opaskę na miednicę.

Jeżeli się uwzględni trudności operacyjne, z jakiemi walki lekarz praktykujący podjąć nie jest w stanie, to musimy powiedzieć, że cięcie łonowe jest wprawdzie piękną zdobyczą ostatnich czasów, ale zawsze musi pozostać zabiegiem, dla którego miejscem jest klinika lub dobrze urządzony zakład leczniczy. *(Centralbl. f. Gynaekol.* Nr. 19, 1894). *Dr. Cercha.*

R i e s: **O wewnętrznem badaniu rodzących przez odbytnicę.**

W celu wykazania, o ile badanie rodzących przez pochwę da się zastąpić badaniem przez odbytnicę, przedsię-

wziął autor badania w klinice w Sztrasburgu i przekonał się, że przy odpowiedniej wprawie wszystko to, co da się wymacać badając przez pochwę, daje się rozróżnić i przez odbytnicę. Pewne trudności nastręcza tylko rozróżnienie ciemion a szczególniej oznaczenie wielkości ujścia zewnętrznego u pierwiastek. W końcu dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Badanie rodzących przez pochwę należy jak najwięcej ograniczyć w celu uniknięcia zakażenia.

2) Badanie przez odbytnicę nie może być dla rodzącej szkodliwem a zastępuje w zupełności badanie przez pochwę; dlatego przy porodach prawidłowo przebiegających należy badać wewnętrznie tylko przez odbytnicę.

3) Ponieważ akuszerki mogą samodzielnie udzielać pomocy tylko w porodach prawidłowo przebiegających, przeto powinny badać wewnętrznie li tylko wyłącznie przez odbytnicę i w tym celu należałoby w szkołach akuszerek odpowiednie przeprowadzić zmiany.

4) Gdy lekarz zostanie wezwany do udzielenia pomocy przy porodzie od początku, powinien również ograniczyć się do badania wewnętrznego przez odbytnicę.

Dr. Kośmiński.

Kroenig: **O badaniu rodzących przez odbytnicę zamiast przez pochwę.** (Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa ginekolog. w Lipsku).

W klinice lipskiej wprawiał autor uczennice kursu położniczego w badanie rodzących przez odbytnicę i przekonał się, że w krótkim czasie (w $2^1/_2$ miesiąca) każda z nich wyczuć i ocenić mogła: kolce kości siedzeniowych, ruchomość stawu krzyżowo-ogonowego, podatność międzykrocza, dalej, czy część płodu wstąpiła do miednicy małej, czy też miednica jest próżną. Główkę płodu rozpoznawano po szwach. Wielkość ujścia zewnętrznego u wieloródek można bardzo łatwo ocenić; u pierwiastek zaś często oznaczenie wielkości ujścia zewnętrznego jest bardzo trudne, szczególniej gdy część pochwowa zanikła zupełnie. Na 215 rodzących badanych wewnętrznie przez odbytnicę tylko 22 a więc $10^0/_0$ trzeba było dodatkowo badać przez pochwę. W obec tego sądzi autor, iż pożądaną byłoby rzeczą, aby akuszerki badały osoby rodzące przeważnie przez odbytnicę a tylko wyjątkowo przez pochwę. *(Centralblatt f. Gynaekologie* Nr. 10. 1894. str. 235—238). *Dr. Kośmiński.*

Zapiski terapeutyczne.

B. Wicherkiewicz (w Poznaniu): Nowy, skuteczny sposób leczenia ostrej jaglicy (*trachoma*). Zadanie terapeutyczne w ostrej jaglicy polegać winno naprzód na ciągłem niszczeniu zarazka, pierwotnie znajdującego się na powierzchni spojówki a powtóre na usuwaniu zapalenia, występującego pod postacią surowiczego nacieku całej tkanki podspojówkowej. Dwom tym zadaniom odpowiada bardzo skutecznie sposób podany przez autora: naprzód odwraca się choremu obydwie powieki tak, by przedstawiły się w całości obrzmiałe ich załamki, poczem opłukuje się całą spojówkę przeciągłym strumieniem $3^0/_0$ kwasu borowego. U osób wrażliwych dobrze jest zapuścić przedtem raz lub kilka razy $5^0/_0$ roztwór kokainy. Przekonawszy się, iż w worku spojówkowym nie ma już żadnych śladów wydzieliny, przywraca się powiekom prawidłowe położenie i daje do worka spojówkowego zapomocą czyto pędzelka czy zgłębnika maść sublimatową (1 : 5 0 lub 1 : 1000) a następnie zakłada w celu działania przeciw surowiczemu naciekowi spojówki opaskę osaszającą. Robi się to w ten sposób, że pokrywa się powieki dość grubym pokładem gazy napojonej glicerynowym roztworem taniny (*tannini 10·00, glycerini 100.00*), na gazę daje stósowną warstwę waty, którą pokrywa się naprzód papierem gumowym a potem stósownie szerokim paskiem flaneli, gazy lub czegoś podobnego.

Jeżeli obydwa oczy są zajęte jaglicą a chory nie chce lub nie może zostać bezczynnym, natenczas po opisanem już oczyszczeniu spojówki i włożeniu maści sublimatowej zakłada się opaskę na przemian na jedno i na drugie oko, zmieniając ją codziennie. Opaska taka pozostaje na oku kilka lub gdy choremu nie dolega, kilkanaście godzin.

Skutek tego leczenia okazuje się nadspodziewanie tak rychło, iż nie rzadko już po czterech, najpóźniej po ośmiu tygodniach ustępuje zupełnie ostry stan zapalny, cała spojówka nabiera wejrzenia mniej więcej prawidłowego a tylko miejscami sterczą tu i owdzie ziarna jaglicze, przeciw którym trzeba wystąpić czy kamieniem sinym, czy żegadłem galwanicznem, czy innym jakimś środkiem. Zazwyczaj atoli dalsze używanie maści sublimatowej obok mocniejszego nieco masowania goi sprawę zapalną lub przynajmniej tak ją łagodzi, iż chory i zwykłemu oddawać się może zajęciu i dla otoczenia swego przestaje być niebezpiecznym.

Jak ważną w tem leczeniu odgrywa rolę opaska glicerynowo- taninowa, mógł autor przekonać się w tych przypadkach o równym stopniu choroby w obu oczach, w których dla porównania leczył stale jedno oko opaską a drugie bez opaski. Różnica była tak widoczna na korzyść opaski, iż nie wiedząc nawet, które oko leczono opaską a które bez niej, można to było poznać z samego wejrzenia oka. Wszędzie też, gdzie tylko można, radzi autor nie zaniedbywać zakładania opaski przerzeczonej albo równocześnie na obydwa oczy albo przynajmniej na przemian. Niekiedy chorzy o bardzo delikatnej skórze na powiekach lub wogóle nader wrażliwi nie znoszą długo takiej opaski. Pozostawia się ją wtedy tylko przez 1 do 2 godzin a po odjęciu daje zimny okład z wody ołowianej.

W końcu zwraca autor uwagę, iż mimo rychłego usunienia choroby sposobem co właśnie opisanym przekonać się można, że prawdziwa jaglica zawsze kończy się mniejszym lub większym zanikiem spojówki. Zanik ten atoli jest ograniczony, powierzchowny i dlatego przedmiotowo wcale nie lub tylko mało daje się oku we znaki; natomiast przez leczenie opisane nie dopuszcza się sprawy jagliczej do głębszych warstw a tem samem zapobiega tak zgubnemu nieraz przekształceniu powiek, mianowicie zaś wrostowi rzęs. (*Nowiny lekarskie,* Czerwiec 1894).

— Własności i działanie terapeutyczne laktofeniny. Laktofenina jestto fenacetyna, w której miejsce acetylu zajmuje laktyl. Stanowi biały, bezwonny proszek krystaliczny, smaku przyjemnie gorzkiego, rozpuszczający się w 330 częściach wody. Dawka zwykła trzy razy dziennie po 0.60 grama, można jednak dojść i do 1.00 również trzy razy dziennie.

W dawce po 0.60 jest laktofenina skutecznym środkiem przeciw bólom nerwowym, w dawce zaś jednego grama na raz działa wybitnie na zimnicę. Ma tę zaletę, iż ją znoszą dobrze ci, którzy nie znoszą antypiryny. Pod wpływem laktofeniny ciepłota ciała obniża się tylko stopniowo, lecz dosyć rychło a obniżenie to trwa dosyć długo.

Prof. Jaksch w Pradze zwraca uwagę, iż laktofenina nie wywiera tych nieprzyjemnych skutków ubocznych, co inne środki z gromady anilidów.

Według dotychczasowych przynajmniej spostrzeżeń najkorzystniej działa laktofenina w durze brzusznym, usuwając bredzenie (*delirium*), przywracając narządom zmysłowym prawidłową czynność i poprawiając cały stan ogólny w sposób, w jaki tego nie robi żaden inny środek, tudzież skracając chorobę

Z tych przyczyn prof. Jaksch zaleca gorąco dalsze doświadczenia z laktofeniną w durze brzusznym. *(Les nouveaux Remèdes.* 8. Czerwca 1894).

— Coley (z Nowego Jorku): O leczeniu złośliwych nowotworów za pomocą wstrzykiwania podskórnego toksyn róży (z trzeciego kongresu lekarzy amerykańskich w Waszyngtonie od 29. Maja do 1. Czerwca r. b.). Autor leczył 10 chorych a mianowicie sześciu z mięsakami a czterech z rakami wstrzykiwaniem podskórnem żywych hodowli mikrobów róży i przekonał się nietylko o wpływie pomyśl-

nym tego sposobu leczenia, używanego w przypadkach nie nadających się do operacyi, ale i o tem, że ten wpływ pomyślny występuje szczególniej wtedy, gdy wstrzykiwanie przerzeczone nie wywołuje róży. To naprowadziło autora na myśl wstrzykiwania podskórnego nie hodowli, lecz toksyn wytworzonych przez te mikroby. Dalsze doświadczenia przekonały, że od czystych toksyn mikrobu róży jest o wiele skuteczniejszą mięszanina toksyn *streptocci erysipelatis* i *bacilli prodigiosi*.

Doświadczenia autora odnoszą się do 35 przypadków nowotworów nie nadających się do operacyi a leczonych wstrzykiwaniem podskórnem mięszaniny wymienionej: 25 mięsaków, 7 raków i 3 nowotworów wątpliwych, mięsaków czy raków.

Co się tyczy raków, to żaden nie zniknął pod wpływem tego leczenia: w $^1/_4$ przypadków było polepszenie znaczne, w $^1/_2$ nieznaczne a w $^1/_4$ nie było widać żadnego skutku.

Na 25 mięsaków można 5 uważać za zupełnie wyleczone, w 9 nastąpiło wyraźne polepszenie, w 8 było polepszenie nieznaczne i przemijające a w reszcie nie było żadnego skutku. Mięsaki kości i okostny opierają się terapii, o której mowa, więcej niż inne.

Warunkiem pomyślnego skutku jest używanie toksyn z przypadków bardzo gwałtownych róży.

Z doświadczeń tych wnosi autor, że 1) wpływ pomyślny mikrobów róży i ich toksyn na nowotwory można uważać za udowodniony. 2) Działanie terapeutyczne jest energiczniejsze na mięsaki, niż na raki a pochodzi z toksyn wydzielonych przez przerzeczone mikroby. 3) Wpływ terapeutyczny toksyn róży powiększa się przez dodanie toksyn *bacilli prodigiosi*. 4) Do pomyślnego działania terapeutycznego potrzeba, by toksyny były świeże i pochodziły z hodowli jadowitych. (*La semaine médicale* 13. Czerwca 1894).

— A. Santi (w Bernie): Leczenie elektrolityczne łuszczycy (*psoriasis*), trądzika czerwonego (*acne rosacea*) i kilaków (*gummata*) skóry. Autor przekonał się, że pod wpływem elektrolitycznego działania prądu galwanicznego nacieki łuszczycowe giną rychło i o ile można sądzić z dotychczasowych spostrzeżeń, nie ukazują się więcej na tem samem miejscu.

W ciężkich i uporczywych przypadkach trądzika czerwonego używał autor z dobrym skutkiem prądu galwanicznego w ten sposób, że jednę lub kilka igieł platynowych połączonych z biegunem ujemnym wbijał w miejscu zmiany chorobowej w skórę równolegle do jej powierzchni i przepuszczał przez 15 do 30 sekund prąd o 2 miliamperach a w formie guzowatej prąd mocniejszy i przez czas dłuższy.

Pod wpływem prądu galwanicznego o 3 do 5 miliamperach, zastósowanego zapomocą bieguna ujemnego, ginęły rychło kilaki w skórze. Rozumie się samo przez się, że obok tego leczenia miejscowego nie można zaniedbywać ogólnego leczenia swoistego.

— Działanie hemostatyczne i antyseptyczne gorącej pary wodnej. Według W. Sniegirewa, profesora ginekologii w uniwersytecie moskiewskim, para wodna o temperaturze 100° C. jest potężnym środkiem hemostatycznym, zdolnym oddać znakomite usługi w tamowaniu krwotoków miąższowych tak przypadkowych, jak i powstałych z operacyj chirurgicznych. Prof. S. używa też od kilku lat gorącej pary wodnej w pewnych krwotokach macicznych. W tym celu rozszerzywszy szyjkę maciczną, wprowadza do macicy rurkę połączoną z kociołkiem, w którym wrze woda, i pozwala przez kilka chwil działać parze na błonę śluzową macicy, co prawie żadnego nie sprawia bólu a prócz zatamowania krwotoku działa zarazem przeciwgnilnie, o czem można przekonać się po zupełnej bezwonności odchodów przedtem cuchnących.

O tem działaniu hemostatycznem gorącej pary wodnej przekonano się w kilku szpitalach moskiewskich przy sposobności wielkich operacyj, jak resekcyi kolana, wycinania nowotworów z piersi i innych narządów.

Zaletą tego sposobu tamowania krwotoków jest, że nie wywołuje żadnych zboczeń, ani miejscowych ani ogólnych i że rany poddane mu goją się *per primam intentionem*.

Doświadczenia na psach, którym tamowano krwotoki z przecięcia poprzecznego lub podłużnego tętnicy udowej, z wycięcia kawałków innych organów, jak wątroby, płuc, mózgu, nerek, całych rogów macicy, dowodzą potężnego działania hemostatycznego gorącej pary wodnej. (*Le semaine médicale* 31. 1894).

— Rosenbach. Higiena jamy ustnej u chorych. Stan jamy ustnej trzeba starannie kontrolować u chorych, szczególniej u dzieci i starców, u których rozwój mikrobów w jamie ustnej i jej wydzielinach sprzyja dzielnie powstaniu następowego zapalenia oskrzeli i płuc (*bronchopneumonia*), tak pospolitego w tych dwóch granicznych okresach życia.

R. zwraca uwagę na ważność tej pieczy nad jamą ustną u chorych z zaczerwienieniem i suchością języka i błony śluzowej jamy ustnej, mających cuchnący oddech, dziąsła krwawiące i obłożone, zęby próchniejące, cierpiących na zboczenia przewodu pokarmowego i zażywających niektóre leki, jak osobliwie przetwory jodu i rtęci. Przedewszystkiem gorączkujący potrzebują starannej opieki nad jamą ustną.

Jakkolwiek mikroby są zawsze w jamie ustnej, to jednakowoż dopiero podczas choroby nabierają one przymiotów chorobotwórczych.

Autor podaje w sprawie, o której mowa, następujące prawidła:

a) U chorych nie gorączkujących, nie cierpiących na zboczenia przewodu pokarmowego, z prawidłowemi władzami umysłowemi zwykłe sposoby utrzymywania jamy ustnej w porządku wystarczają zupełnie.

b) U dzieci i u starców należy po kilka razy dziennie wymywać jamę ustną wodą ciepłą z dodatkiem soli zwykłej, nastoju mirry (*tra myrrhae*) lub wody kolońskiej. Jeżeli jest skłonność do krwawienia dziąseł lub jeżeli zęby są popsute, należy wargi i dziąsła po dwa razy dziennie nacierać szczyptą miałkiego kwasu borowego. Chorzy ze zębami sztucznemi winni je wyjąć, jeżeli czy to dla braku łaknienia, czy z przyczyny zboczeń w przewodzie pokarmowym nie używają pokarmów stałych.

c) U chorych z częściową utratą przytomności należy po kilka razy dziennie oglądać jamę ustną. Małe owrzodzenia powstałe z ucisku zębów trzeba zasypać odrobiną miałkiego kwasu borowego lub chloranu potasowego (*kali chloricum*), błonę śluzową policzków i języka należy zwilżać co 2 lub 3 godziny kawałkiem wilgotnego płótna a w razie potrzeby część tylną języka oczyszczać tamponem z waty, przytwierdzonym do pręcika drewnianego. Jeżeli chory śpi z otwartemi ustami, trzeba powietrze w pokoju utrzymywać wilgotne, do czego może posłużyć także kawałek muszlinu zwilżonego położony na usta.

d) Chorzy gorączkujący winni mieć zawsze coś do picia, wodę świeżą lub limonadę co godzina, przyczem nie trzeba czekać, aż sami zażądają napoju. Wielu chorych wstrzymuje się od picia z obawy przed bólem, jaki im sprawiają rozpadliny i suchość warg. Dlatego u takich chorych trzeba od samego zaraz początku choroby pomazywać wargi wazeliną, lub innym jakim tłuszczem. W razie długiej gorączki dobrze jest jamę ustną pomazywać oliwą lub wogóle tłuszczem albo rozczynem gliceryny.

— Przeciwko przypadłościom narkozy chloroformowej zaleca G. Maurange wstrzykiwania podskórne płynu:

73) Rp. *Sparteini sulfurici neutri* *centigrm. 30*
Morphini muriatici *centigrm. 10*
Aquae sterilisatae q. s.
ad solutionem *10 cm. cub.*
MDS. Do wstrzykiwań podskórnych.

Wstrzykuje się jeden centymetr sześcienny tego rozczynu na kwadrans przed uśpieniem zapomocą chloroformu.

Na 106 narkoz, w których użyto tych wstrzykiwań, nie było bez względu na trwanie operacyi ani razu niemiłej przypadłości. Okres podniecenia przytłumiono a dzięki morfinie potrzebę chloroformu sprowadzono do ilości jak najmniejszej.

— Fienga, docent uniwersytetu neapolitańskiego, zaleca w gośćcu stawowym ostrym (*rheumatismus articulorum acutus*) maść:

74) Rp. *Natrii salicylici* 7·50
Jodoformii 2·50
Vaselini 25·00
Exti hyosciami 1·25
MDS. Zewnętrznie.

Stawy po użyciu maści pokrywa się warstwą waty a całe to opatrzenie odmienia co 6 do 12 godzin. Samo to leczenie obok dyety mlecznej wystarczyło do usunienia zupełnie choroby.

— Przeciw ukłuciom przez owady zaleca E. Lang:

75) Rp. *Ammoniae liquidae* 15·00
Collodii 5·00
Acidi salicylici 0·50
MDS. Zewnętrznie.

Na każde ukłucie daje się po kilka kropel tego płynu, w którym amoniak dzięki kolodyonowi działa wprost i dosyć długo.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krak.

Posiedzenie zwyczajne dnia 21. Marca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 40.

1) Protokółu z ostatniego posiedzenia z powodu niezwykłej jego obszerności uchwalono nie czytać.

2) Kol. Przewodniczący w miejsce kol. Cybulskiego, który odmówił przyjęcia udziału w komisyi słownikowej, proponuje wybór kol. Kryńskiego, co przyjęto jednomyślnie.

3) Kol. Rydel wyłożył rzecz: O mechanicznem leczeniu jaglicy. Oprócz wielu środków chemicznych proponowano do leczenia jaglicy różne sposoby mechaniczne: szczotkowanie spojówki, wypalanie, wygniatanie, wreszcie wycinanie załamka. To ostatnie podał pierwszy Gałęzowski, w Niemczech zaś głównie wykonywał i popierał je Heisrath, w ostatnich jednak czasach coraz więcej głosów oświadcza się przeciw temu postępowaniu. Mówca dotychczas dość rzadko stósował te sposoby; do wycinania załamka mało ma zaufania, gdyż obawia się skurczenia przez tworzącą się bliznę. O wiele woli leczenie za pomocą wygniatania czy to narzędziami czy też wprost paznogciami. W tym celu podano wiele instrumentów mniej lub więcej dowcipnie obmyślanych, między innymi także Kramsztyk z Warszawy. Przed rokiem podał Knapp z New-Yorku bardzo zręczne i dogodne narzędzie, które mówca okazuje. Są to szczypczyki stalowe, mające końce w kształcie strzemion, których podstawę stanowią wałeczki karbowane, obracające się na osiach. W celu wygniatania wsuwa się fałd spojówki pomiędzy wałki obydwóch końców szczypczyków i pociąga się je przez całą jego powierzchnię na zewnątrz, w skutek czego wałki te wygniatają ze spojówki masy jaglicowe. Ponieważ szczypczyki oryginalne Knappa są dość szerokie i trudno nimi manipulować w kącie oka, przeto kazał mówca zrobić w Krakowie o połowę węższe, które się okazały o wiele dogodniejszemi. Po takiej operacyi cała spojówka bywa bardzo zmaltretowana, ma mnóstwo ranek; przeto daje się choremu okłady na oczy przez kilka dni. W dalszym przebiegu gojenia się powierzchnie ranne spojówek sklejają się zazwyczaj ze sobą, te więc zlepy należy rozdzielać tępem narzędziem po zapuszczeniu kokainy i przemywać spojówkę rozczynem sublimatu aż do zupełnego pokrycia się jej powierzchni przybłonkiem. Zdaniem Knappa wygniecenie takie wystarcza do wyleczenia jaglicy, jednakże mówca po jednorazowem zastósowaniu wygniatania nie widział nigdy radykalnego wyleczenia. Po 5—6 dniach kiedy spojówka pokryje się już przybłonkiem, należy podjąć na nowo leczenie siarkanem miedziowym, lecz czas trwania choroby dzięki wygnieceniu skraca się przynajmniej o połowę. Sam Knapp także postępuje tak samo w wielu przypadkach. Cena szczypczyków oryginalnych Knappa wynosi około 8 złr., zrobione w Krakowie kosztują 3 złr. 50 ct.

W dyskusyi kol. Sroczyński wyraża zdanie, że starsi koledzy będą wdzięczni prof. Rydlowi za okazanie narzędzia, które w terapii jaglicy stanowi rzeczywisty postęp. Szczypczyki Knappa umożliwiają wygniatanie nie tylko na spojówce dolnej, ale nawet na częściach tak niedostępnych palcom jak mięsko łzowe, które też bywa siedzibą uporczywych zmian jaglicowych. Aby jednak nie oddawać się zbytnim złudzeniom co do skuteczności tej metody, radzi kol. Sr. trzymać się ściśle wskazań. Lecząc szereg przypadków jaglicy tym sposobem, spostrzeżemy rychło, że wynik nie wszędzie będzie jednaki. W jednych uderzająca zmiana na korzyść już w dniach najbliższych, w innych skutek nieznaczny lub żaden. Ma to swoją, dobrze zrozumiałą przyczynę w formie i okresie choroby. Wygnieść możemy tylko ziarna jaglicowe i to jedynie powierzchowne, uległe stłuszczeniu. Skutek więc będzie najświetniejszy w formie ziarnistej (*trachoma granulosum*), mniej uderzający, ale zawsze jeszcze opłacający się w formie mięszanej (*trachoma mixtum*), w formie zaś brodawkowej (*trachoma papillare*) po prostu nie będzie żadnego. Jaglica ostra nie tylko nie nadaje się, ale powinna być przeciwwskazaniem do wygniatania. Co do leczenia ściśle chirurgicznego, t. j. wycinania, uważa kol. Sroczyński na mocy własnego doświadczenia, że zarzuty czynione tej metodzie są nieusprawiedliwione i pochodzą tylko od tych autorów, którzy nią się nie posługiwali a przynajmniej nie wykonywali jej w sposób jedynie racyonalny, t. j. wedle metody Heisratha. Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie przedstawiał kol. Sr. chorych operowanych w ten sposób przez siebie a obecni mogli się przekonać, że operacya nie wywołała żadnego niepożądanego następstwa. Jedną z tych chorych miał kol. Sr. sposobność badać w ubiegłym roku a więc w dwa lata po operacyi, przyczem mógł stwierdzić niewątpliwe wyleczenie ostateczne. (Sprawozdanie własne).

4) Kol. Korczyński Ludomił przedstawił pigułki z *atropinum sulfuricum* po 0,0005 czyli pół miligrama wyrobu aptekarza Sobierajskiego, wypróbowane pod względem działania w klinice lekarskiej prof. Korczyńskiego.

5) Kol. Obaliński miał wykład: O nowszych wskazaniach do salpingotomii (wydrukowany w Nrze 23 *Przeglądu lek.* z r. b.).

W dyskusyi kol. Mars oświadcza się za laparotomią w *haematosalpinx*, gdyż operacya ta jest tu usprawiedliwiona choćby tylko dla przekonania się, czy jest drożność między trąbką a macicą. Znalazłszy drożność, możnaby poprzestać na laparotomii próbnej, zaszyć ranę brzuszną a cierpienie usunąć przez otwarcie od dołu, w przeciwnym zaś razie postąpić, jak kol. Obaliński t. j. wykonać laparo-salpingotomię. Sposoby wyłącznego otwierania od dołu krwisteków trąbkowych stanowią pozostałości z czasów przedantyseptycznych. Nadzwyczaj niepomyślna statystyka przytoczona przez kol. Obalińskiego zależy prawdopodobnie od tego, że przypadków nie tak ciężkich, zakończonych pomyślnie, nie ogłaszają, jako zbyt prostych.

Kol. Braun jest zdania, iż salpingotomię należy ograniczyć do przypadków specyalnych, gdyż w każdym razie jest to zabieg ciężki, jak to zaznacza i Schröder. Mówca jest za stósowaniem terapii więcej wyczekującej a po otwarciu przeszkody od dołu zwracać całą uwagę na *haemotosalpinx*, aby przez poruszanie się chorej lub nieodpowiedni ucisk nie uległa pęknięciu. Dopiero, gdyby przyszło do pęknięcia lub obumarcia trąbki, wylania się treści i następowego zapalenia otrzewny lub też gdyby pomimo usunięcia przeszkody od dołu odpływu nie było a guz nie zmniejszał się, wtedy należy przystąpić do laparotomii, z którą bez żadnego z tych dwóch wskazań nie należy się spieszyć.

Kol. Obaliński: Podobnież twierdzi Fuld, że jeżeli po usunięciu przeszkody guz nie zmniejsza się, należy robić laparotomię, mówca zaś zdanie to zmienia tak, iż lepiej laparotomować odrazu, gdyż jeżeli ma się czekać, aż wystąpią objawy pęknięcia trąbki i zapalenia otrzewnej, to wtedy laparotomia jest już operacyą ciężką i wynik wątpliwy, wykonana zaś z początku usuwa z góry wszelkie ciężkie komplikacye.

Kol. Mars mniema, iż bezwzględnego zdania wypowiedzieć tu nie można; teoretycznie biorąc nie zgadza się wcale z twierdzeniem kol. Brauna, według którego postępując, miałoby się zawsze do czynienia z przypadkami niejasnymi, lepiej zaś jest mieć przypadek zu-

pełnie pewny i jasny przy laparotomii, niż ciemny i niepewny nawet przy tak małej operacyi, jak usunięcie *gynatresiae.*

Kol. Trzebicky zgadza się co do postępowania z kol. Obalińskim i laparotomii nie robiłby tam tylko, gdzie jest komunikacya trąbki z jamą macicy. Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 4. Kwietnia 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 16.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia uchwalono odłożyć do następnego posiedzenia.

2) Dr. Szymon Lermer został przedstawiony przez kol. przewodniczącego na członka czynnego i przez głosowanie przyjęty.

3) Kol. Nowak zakomunikował w postaci doniesienia tymczasowego wyniki badań swych nad dyfteryą.

W dyskusyi kol. Raczyński zapytuje się prelegenta, czy znalazł laseczniki we krwi za życia.

Kol. Nowak odpowiada, że za życia wykryć ich we krwi nie mógł, co tłómaczyć można albo wpływem naczyń włosowatych, działających na drobnoustroje na kształt filtru, albo też fagocytozą samej krwi, niszczącą te laseczniki, które się do obiegu dostaną.

Kol. Raczyński jest zdania, iż wyniki kol. Nowaka są w zupełnej zgodzie z dotychczasowymi poglądami klinicznymi, gdyż dopóki za życia nie można wykazać we krwi obecności pasorzytów, dotychczas nie ma dowodów, iż choroba jest ogólną i uważać ją należy za miejscową w tem znaczeniu, że przyczyna choroby, prątki, rozwijają się miejscowo na błonie śluzowej a tylko produkty ich dostają się do ustroju; zapytuje się dalej o jadowitość wyhodowanych laseczników.

Kol. Nowak badał jadowitość laseczników na świnkach morskich: średnio w 3 dni po zaszczepieniu zwierzę ginie, w miejscu szczepienia znajduje się naciek zapalny, lecz nie ropny. Nie znalezienie we krwi pasorzytów za życia nie przemawia jeszcze przeciw ogólnej naturze choroby; co się zaś tyczy dyfteryi, to właśnie klinicy uważali ją za chorobę ogólną, patologowie zaś za lokalną.

Kol. Murdzieński uważa z punktu widzenia praktycznego za najważniejsze, aby można orzec w każdym przypadku, czy ma się do czynienia z dyfteryą prawdziwą, która jest chorobą ogólną. Ważne jest tu zawsze badanie wydzielin i błon wrzekomych pod względem obecności prątków lub szczepienie.

Kol. Kwaśnicki: Dwa są typy chorób zakaźnych, za których przedstawicieli uważać można ospę i kiłę; pierwsza zaczyna się, jako choroba ogólna i później dopiero okazuje zmiany miejscowe, druga odwrotnie. Dyfterya przedstawia większe podobieństwo do kiły; nie ma prawie okresu wylęgania, przynajmniej jest nadzwyczaj trudny do wykazania; pierwsze zmiany stanowią naloty na migdałkach, żadnych zaś nie ma objawów wskazujących na zakażenie ogólne; dopiero po 2—3 dniach zjawia się obrzęk gruczołów, podobnie jak w kile, później zaś dopiero występują objawy zakażenia ogólnego. Ważną cechą, różniącą te dwa typy chorób zakaźnych stanowi powrotność, którą posiadają choroby drugiego typu; w dyfteryi okolicznością usposobiającą do niej, jest schorzenie migdałka tak, iż niektóre osoby po kilka razy podlegają nawrotom. Gdybyśmy mogli nabrać przekonania, że choroba jest miejscową, byłoby to nader ważnem dla praktyka. Bouchut w tem przekonaniu w celach leczniczych wycinał migdałki, lecz nie prowadzi to do celu, gdyż prątki mieszczą się nietylko w migdałkach, lecz w całej jamie ust a nawet wycięcie może szkodzić, gdyż w ten sposób otwiera się nowa brama dla zakażenia. Badania kol. Nowaka będą miały tem ważniejsze znaczenie, jeżeli uda mu się wykazać obecność laseczników we krwi za życia i wykazać, w jakich tkankach się mieszczą.

Kol. Ponikło jest zdania, że wykrycie we krwi i w trupach ma bardzo doniosłe znaczenie, gdyż dowodzi, że laseczniki te mogą hodować się we krwi; *a priori* można przypuszczać obecność ich we krwi, za czem przemawia tworzenie się niejako przerzutów w przebiegu dyfteryi, czegoby nie było, gdyby objawy ogólne zależały tylko od obecności toksyn.

Kol. Nowak zaznacza nadzwyczajną trudność, jaką przedstawia wykrycie prątków we krwi za życia, podobnie jak np. w ropnicy. Co się tyczy znajdywania pasorzytów we krwi po śmierci, to trudno przypuszczać, żeby było to zjawisko czysto pośmiertne, gdyż znajdywał je już w $^1/_2$ godziny po śmierci, hodowle zaś laseczników potrzebują do rozwoju znacznie dłuższego czasu.

4) Kol. Wachholz miał zapowiedziany odczyt: O zmianach w narządzie oddechowym w przypadkach otrucia kwasem karbolowym (drukowany w nrach 21., 23. i 24. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.). Nad odczytem tym dyskusyi nie było.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

Posiedzenie z dnia 18. Kwietnia 1894.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 46.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący przedstawia obecnego na posiedzeniu gościa kol. Pękosławskiego z Warszawy.

3) Kol. Przewodniczący proponuje na członka czynnego Dra Hojnackiego z Krakowa a na członka korespondenta Dra Papiewskiego z Radomia. Obadwaj przez głosowanie przyjęci.

4) Kol. Korczyński Edward przedstawia następujących chorych ze swej kliniki:

1. Przypadek zwężenia odźwiernika w skutek blizny po wrzodzie po wycięciu przez prof. Rydygiera odźwiernika, na posiedzeniu w dniu 7. Marca r. b. demonstrowany a później w klinice lekarskiej obserwowany, w którym nastało znaczne zmniejszenie się rozmiarów żołądka, zupełny powrót prawidłowej siły mechanicznej żołądka a znaczna poprawa w zakresie towarzyszącego nieżytu kwaśnego, zupełne ustąpienie dolegliwości podmiotowych i znakomita poprawa odżywienia.

2. Przypadek po gastroenterostomii przez prof. Rydygiera wykonanej u kobiety, u której podejrzywano nowotwór zwężający część odźwiernikową żołądka. W przypadku tym zmniejszyła się również rozstrzeń żołądka; z wyjątkiem wymiotów od czasu do czasu znikły wszystkie objawy podmiotowe i zboczenia czynnościowe a ciężar ciała powiększył się znakomicie. Obecność nieżytu śluzowego na przejściu w zanikowy stan błony śluzowej żołądka przemawiałaby istotnie za nowotworem, gdy młody wiek chorej, dłuższe trwanie choroby, poprzednie krwotoki, znakomite poprawienie się odżywienia po gastroenterostomii czynią o wiele prawdopodobniejszem rozpoznanie blizny po wrzodzie żołądkowym, gdzie z biegiem czasu katar kwaśny przemienił się w katar śluzowy.

3. Przypadek szmerów sercowych na odległość znaczną słyszalnych i to z dźwiękiem muzycznym, gdzie jako przyczynę choroby uważać należy uraz (*trauma*), który zadziałał na okolicę serca i który wywołał prawdopodobnie przedziurawienie jednej z zastawek półksiężycowych, już poprzednio skutkiem gośćca zwyrodniałej.

4. Przypadek bielicy śledzionowej, gdzie we krwi przeważały komórki białe szpikowe a podstawą choroby była atypowa zimnica. Pod wpływem leczenia przeciwzimniczego stosunek ciałek białych do czerwonych z początku równy 1 : 9, wynosi obecnie 1 : 155.

5. Przypadek błednicy złośliwej, opartej prawdopodobnie na tle utajonej zimnicy, w którym pojawiały się zrazu obfite bardzo krwotoki żołądkowe pomimo braku wszelkich objawów, przemawiających za nowotworem lub wrzodem żołądka. Pomimo znakomitego przybytku na wadze i znakomitego powiększenia się ilości ciałek czerwonych odsetka hemoglobiny nie jest jeszcze prawidłową. W przypadku tym i to zasługuje na uwagę, że co do ciałek białych, zrazu przeważały ilościowo leukocyty i eozynochłonne przy bardzo małej ilości obojętnochłonnych a obecnie przeważają neutrofilne nad wszystkiemi innemi.

6. Przypadek bardzo ciężkiej niedokrewności, w którym jednak trwanie, przebieg dotychczasowy i mikroskopowe zachowanie się krwi nie odpowiada niedokrewności złośliwej postępowej.

Przypadek ten jest tem ciekawszy pod względem etyologicznym, że równocześnie znajdują się we krwi hemameby zimnicze, że kości goleniowe są zgrubiałe i bolesne i że równocześnie znajdują się zgrubienia rąk, stóp i twarzy, które odpowiadać mogą obrzękowi śluzakowemu (*myxoedema*). (Sprawozdanie własne).

Nad wykładem tym dyskusyi nie było.

5) Kol. Cybulski okazał mikrokalorymetr, przyrząd własnego pomysłu, służący do oznaczania najdrobniejszych ilości ciepła, który demonstrował na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Rzymie, gdzie doznał jak najlepszego przyjęcia i uznania ze strony specyalistów.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VII. Listy z Przylądka Dobrej Nadziei.

II.

Van Rhyn's Dorp, 1. Maja 1894.

Fauna południowej Afryki posiada znaczny zastęp jadowitych stworzeń, jako to niedźwiadków, pająków i węży. Z tych ostatnich znam następujące:

1) *Puff adder*, ciemnobrunatny, cętkowany, płaski, długości ramienia i kształtu pijawki. Jest to najobrzydliwszy gad, jakiego w życiu oglądałem. Nastraszony, staje na ogonie i nadyma głowę, jak wielki pęcherz; kąsa rzucając się wstecz. Jest to żmija leniwa i dlatego szczególnie niebezpieczna, gdyż nie ustępuje z drogi, lecz spokojnie leży w trawie, gotowa ukąsić, gdy kto zbyt blisko podejdzie. Pewnego środka na ukąszenie puff addera nie ma; w razie wyzdrowienia miejsce zakażone jątrzy się i ropieje corocznie.

2) *Kobra*, brunatna lub żółta, dochodzi długości człowieka. Żmija ta nietylko napada, lecz prześladuje, gdy bardzo podrażniona, skacząc do znacznej wysokości. Nie znam ani jednego przypadku wyzdrowienia po ukąszeniu kobry. Przed kilkoma tygodniami miałem niemiłą sposobność obserwacyi działania trucizny tego gada. Skaryfikacya, wyssanie i wypalenie amoniakiem rany, ligatura założona powyżej zranionego miejsca, zadawanie wewnętrzne amoniaku, nie zdołały odwrócić śmierci, która nastąpiła przed upływem sześciu godzin po ukąszeniu. Porażenie języka, mięśni gardła i wzroku (znaczne rozszerzenie źrenicy) wystąpiły na godzinę lub półtorej przed skonem, kurcze mięśniowe w ostatniej chwili. Puls do końca pozostał pełny i silny. Porażenie mowy i przedśmiertne kurcze charakteryzują każdy przypadek zatrucia jadem wężowym. Kobra chętnie przebywa w budynkach, gdzie poluje na myszy. Mój pacyent był ukąszony we własnym śpichrzu, gdy przesuwał wór żyta; lecz nawet w sypialniach znajdywano rzeczone gady.

3) Wąż nocny (*Nachtslang*), długi na łokieć, grubości palca, nakrapiany czerwono i czarno, podczas dnia śpi po krzakach, w nocy czatuje na ścieżkach; gdy się zbliżać, wydaje rodzaj świstu, kąsa śmiertelnie.

4) Wąż drzewny (*Boomslang*), którego dotąd nie widziałem, choć jest znany w okolicy Van Rhyn's Dorp; czy tutejszy gatunek *Boomslang* jadowity, powiedzieć nie mogę, lecz wiem, że w Kafreryi są bardzo jadowite odmiany. Kafrowie pokrywają głowy płaskiemi kamieniami, gdyż *Boomslang* czatuje nad ścieżkami, na ogonie między gałęziami zawieszony, i kąsa z góry na dół.

5) *Spookslang*, czyli wąż plujący, mały, brunatny; rzuca na odległość truciznę, która, dostawszy się do oka, wywołuje przemijającą ślepotę, przyczem oczy puchną gwałtownie. Prawdopodobnie wąż ten nie kąsa.

Niedźwiadki tutejsze są wielkości i barwy chrabąszcza; kilka przypadków ukąszenia, które sam obserwowałem, przebiegło bez groźnych objawów.

Niebezpieczniejsze mają być ukąszenia tarantul, które doświadczeni stawiają na jednym poziomie z ukąszeniem węża. Burowie używają wyskoku przeciw ukąszeniom jadowitych stworzeń, który nawet po wyżyciu kilku kwart, nie wywiera odurzającego działania w tych razach. Wystąpienie wymiotów ma być zapowiedzią wyzdrowienia; być może, że trucizna, na wzór morfiny, wydziela się do żołądka. Murzyni zadają w tym celu żółć i zasuszone pęcherzyki z trucizną, zwykle kobry.

W dawnych czasach byli tak zwani *Giftdokters*, którzy zatruwali się wężowym jadem chronicznie, by leczyć swym moczem i brudem głowy (umyślnie nigdy nie mytej), rozpuszczonym w letniej wodzie. „Wiarogodni" opowiadali mi jako rzecz nie ulegającą wątpliwości, że niedźwiadki giną w przeciągu kilku minut, gdy je położyć na gołem ciele owych „doktorów", a najzjadliwsze węże, gdy je zaleci odór rzeczonych specyalistów, pozostają bez ruchu i dają się brać w ręce. Nie twierdzę przecież, bym dawał wiarę opowieściom najwiarogodniejszych Afrykanów, gdyż mimo wielkiej dewocyi kłamią gładko i krzywoprzysięgają w „dobrej" sprawie.

Słyszałem, że koty potrafią magnetyzować węże, nawet widziałem coś w tym rodzaju, gdym raz bawił u znajomych w Fish Water (u ujścia Oliphants River do oceanu Atlantyckiego). Gwarzyliśmy przyjemnie z gospodarzem, gdy pani domu wyjrzawszy oknem, zwróciła naszą uwagę na scenę, odgrywającą się przed domem. Pod drzwiami wchodowemi leżał nieruchomo puff adder a młody kotek pani domu uwijał się koło niego, naprzemian to się zbliżając, to oddalając, przyczem gniewnie poruszał ogonem, wyprężał się, czołgał, z wielkiemi źrenicami skierowanemi na gada. Aby módz strzelić z pokoju, wołano i straszono kota, nawet częstowano mlekiem, lecz bezskutecznie. Byłem bardzo ciekaw końca, lecz zmrok, który w tych szerokościach zapada szybko, nie pozwalał czekać; musiałem tedy przestąpić przez węża, by zajść z przeciwnej strony, zkąd mogłem strzelić bez niebezpieczeństwa dla faworyta gospodyni. Węże mają zdolność ubezwładniania małych zwierząt, np. myszy, które, ujrzawszy prześladowcę, piszczą żałośnie, lecz z miejsca ruszyć się nie mogą, gdy ten powolnie się zbliża, póki nie dosięgnie ofiary.

Powiadają, że puff adder wydaje żywe potomstwo, jęcząc boleśnie podczas tego aktu, czego jednak sam dotąd nie widziałem. *Dr. Alfons Marcinkowski.*

VIII. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał

Dr. Gustaw Piotrowski,

Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Koniec XVIII-go i początek XIX-go stulecia zaznacza się też ważnemi odkryciami w dziedzinie optyki fizyologicznej. Naczelne miejsce zajmuje tutaj Thomas Young (*Optometer*, *Phil. Trans. i Phil. Mag. XXVI.*, *Observations on Vision Phil. Trans. 1793.*, *On the mechanism of the eye. Phil. Trans. 1801*). Przypuszczał on zmiany kształtów soczewki, co do której mniemał wraz z poprzednikami, że jest złożona z włókien mięsnych i nazywał ją *musculus cristallinus*, udowodnił, że rogówka nie zmienia kształtu przy akomodacyi i zbadał akomodacyę swego oka tudzież szerokość plamki ślepej. Praca powyżej przytoczona, jak Helmholtz twierdzi, mogła była stanowczo rozstrzygnąć spór o akomodacyę, gdyby nie to, że dla krótkości trochę trudno zrozumiała a nadto wymaga gruntownej znajomości optyki matematycznej. Utwierdził on teoryę undulacyjną przez wykrycie interferencyi (dtto Fresnet), w końcu dał podwaliny do teoryi barw, która nosi nazwę teoryi Young-Helmholtza w *Lectures on natural philosophy*, *London.* Prócz

w optyce, czynił on badania w dziedzinie krążenia, jak n. p. nad tętnem i t. d.

Charles Bell (1774—1848), który wsławił się odkryciem funkcyj przednich i tylnych korzeni nerwów rdzeniowych i pierwszy wprowadził lokalizacyę funkcyj nerwowych przez podział ich na czuciowe i ruchowe, był przeważnie anatomem a specyalnością jego był system nerwowy. Dzieła jego są: *Nerve roots, Respiratory nerves, An Idea of a nev anatomy of the Brain submitted for the observation of the authors friends, 1811., An Exposition of the natural System of Nerves, London 1824, The nervous System of the Human Body, London, 1830.* Główne jego odkrycie przypada na czas od r. 1811 do 1821. Punktem wyjścia było spostrzeżenie anatomiczne, że nerw twarzowy rozgałęzia się przedewszystkiem w mięśniach, troisty zaś w skórze. Ztąd wniósł, że pierwszy jest ruchowy, drugi czuciowy. Nie będąc sam eksperymentatorem, powierzył stwierdzenie tego Schawowi, który też dowiódł jego słuszności doświadczeniami na osłach. Ponieważ znalazł w przebiegu nerwu troistego zwój, którego nie ma nerw twarzowy, upatrywał podobieństwo między tym ostatnim a korzeniami przednimi nerwów rdzeniowych, tudzież między nerwem troistym a korzeniami tylnymi i wysnuł wniosek, że pierwsze są ruchowe, drugie czuciowe, Magendie, który robił doświadczenia na zwierzętach ssących, wskutek czego napotykał na niesłychane trudności, przedstawił wyniki swe niezupełnie jasno i stanowczo, jakkolwiek, zdawało się, że one potwierdzają prawdziwość poglądów Bella. Ostatecznie udowodnił to w zupełności Johannes Müller na żabach w r. 1831. Magendiego niektórzy, jak n. p. Longet oskarżają, że mimo mnóstwa doświadczeń nie wydał stanowczego sądu, inni zaś przypisują tylko jemu to odkrycie. Ci ostatni nie mają słuszności. Jakkolwiek ze względu na doniosłość doświadczeń Magendiego można się zgodzić z Cl. Bernardem że *„dans cette découverte la justice exige qu'on ne sépare pas le nom de Magendie de celui de Ch. Bell,“* w każdym razie pierwsze podwaliny zawdzięcza się Bellowi i prawo to będzie nosić jego nazwę.

Wielkie zasługi w fizyologii układu nerwowego położył też Marshall Hall. Badał on odruchy i pierwszy zaznaczył gruntowniej różnicę między ruchami dowolnymi, oddechowymi i odruchami. (*Reflex Action, Phil. Trans., 1833. Memoirs on the nervous System, London 1837. New memoir on the Nervous System. London, 1843).* Oprócz tego badał krążenie w *(An Essay an the Circulation)*. Wykazał, że krążenie nie ustaje po zniszczeniu rdzenia przedłużonego u ryb, badał naczynia włosowate i wykrył obniżenie temperatury po znacznych upustach krwi.

Augustus Waller (1816—1870). Kształcił się we wydziale paryskim, powróciwszy zaś do kraju, praktykował lat kilka w Kensington. W tym to czasie, t. j. od r. 1845 do 51 oprócz badań z zakresu chemii i fizyki, wykonał szereg doświadczeń nad wędrowaniem ciałek krwi z naczyń włosowatych i tworzeniem się śluzu i ciałek ropy, nad brodawkami i nerwami języka żaby, jego rozwojem i budową, nad dyagnozą chorób nerwowych za pomocą podrażniania elektrycznego pni nerwowych, nad wpływem ucisku na tętnicę szyjną na ból głowy, epilepsyę i histeryę, dalej nad zdolnością absorbcyjną skóry, nad widzeniem i widmami barwnemi przy ucisku na siatkówkę i nerw wzrokowy. Prace swe ogłaszał w *Philosophical Magazine, Journal of Psychological Medicine i Philosophical Transactions.* Badania jego nad wędrowaniem ciałek krwi z naczyń poszły w zapomnienie. Ponowił je w r. 1867 Cohnheim i posłużyły mu za podstawę do jego teoryi zapalenia. Pierwszeństwo jednak w tym przedmiocie należy się Wallerowi, jak to słusznie przytoczył Stricker w swych Studyach z r. 1870.

Najważniejsze jednak były doświadczenia nad zwyrodnieniem nerwów, które ogłosił p. t.: *Experiments on the section of the Glossopharyngeal and Hypoglossal nerves and observations on the alterations produced in the structure of theire primitive fibres. Phil. Trans., 1850.* Zjednały mu one tytuł członka akademii i wielki order królewski tejże instytucyi. Od tych badań, jako też od późniejszych poczynionych w tym względzie, nosi to zwyrodnienie za inicyatywą Vulpiana nazwę Wallerowskiego.

Środki, jakimi na miejscu rozporządzał, okazały się niedostateczne, porzuciwszy więc intratną praktykę udał się do Bonn, gdzie dalej pracował, częścią sam, częścią wspólnie z Budgem nad układem nerwowym a mianowicie nad wpływem nerwu współczulnego, rdzenia pacierzowego i 3, 4, 5 i 6 pary nerwów rdzeniowych na ruchy tęczówki, nad degeneracyą i regeneracyą nerwów, nad wpływem nerwu współczulnego na krążenie i t. d. Prace te, za które dwukrotnie odznaczony został przyznaniem wielkiej nagrody Akademii paryskiej, pomieszczał w *Comptes rendus t. XXXIII do XXXVI.* Z Bonn udał się do Paryża, gdzie kilka miesięcy pracował u Flourensa, prace jednak przerwał, wezwany bowiem został do objęcia katedry fizyologii w Birmingham. Tu kontynuował swe prace nad systemem nerwowym, jak nad nerwem błędnym i dodatkowym Willizyusza, nad skutkami ucisku na nerw błędny i w innym względzie, jak nad absorbcyą skóry i t. d. Prace swe ogłaszał przeważnie w *Proc. of R, S.* i *The Practitioner.* Zaczątki choroby zmusiły go jednak wkrótce porzucić kraj i udać się do Szwajcaryi, gdzie do roku 1868 mieszkał w kantonie Vaud, następnie w Genewie, gdzie pracował do końca życia z Prövostem nad wpływem nerwów czuciowych na zjawiska odruchowe połykania. *Compt. Rend., 1869* i *Arch. de Phys., 1870.*

William Bowman (1816—1892). Odbywał studya lekarskie w Birmingham, gdzie jeszcze jako student zwrócił na siebie uwagę pracami nad influencą w 1833 r., tudzież nad chorobami krtani. Ta ostatnia umieszczona została w *Diseases of the Larynx* Rylanda. W 1837 r. przybył do Kings Coll. w Londynie, gdzie w dwa lata później został demonstratorem anatomii. Poświęcał się głównie mikroskopowaniu i pierwszy wprowadził zagraniczne mikroskopy, tańsze znacznie i lepsze podówczas od angielskich. W roku 1838. zwiedził zakłady naukowe i szpitale Holandyi, Niemiec, Wiednia i Paryża, poczem wrócił do Londynu i był nadal demonstratorem anatomii a następnie asystentem Prof. Todda, w końcu jego następcą, t. j. *Professor of Physiology and General and Morbid Anatomy.* Odznaczał się nader wielkim darem wykładania, jasnością i entuzyazmem dla nauki. Jako badacz był ścisłym deterministą. Podobnie jak Donders i Wharthondones poświęcał się praktyce okulistycznej. W 1842 r. został członkiem Akademii i otrzymał królewski medal za pracę tyczącą się mięśni nerki i oka. *Bowmans Sarcous Elements, Capsula Bowmani*

i *Membrana Bowmani* pozostaną świadkami jego zasług. Sądzę, że zbytecznie byłoby wchodzić w szczegóły tych badań, zbyt dobrze każdemu znanych.

W r. 1846. został mianowany *Assistent Surgeon of the Royal London Ophtalmic Hospital*, w 1851. zaś samodzielnym kierownikiem. W r. 1847. wydał dzieło p. t. *On some Points in the Anatomy of the Eye, chiefly in reference to its Powers of Adjustment*, gdzie się znajduje wiele cennych badań nad mięśniem rzęskowym. W r. 1880. został pierwszym prezydentem świeżo założonego *Ophtalmological Society*. W roku zaś 1884. został mianowany baronetem.

Bowman nietylko sam nowe tory wskazywał, lecz pierwszy skwapliwie stosował wszystkie cenniejsze wynalazki innych, jak n. p. oftalmoskop Helmholtza, wprowadził zaleconą przez Graefego irydektomię, jako środek przeciw jaskrze i t. d. Jakkolwiek na dłuższy czas przed śmiercią porzucił pedagogiczne zajęcia i praktykę lekarską, pozostał zawsze czynnym, zachęcał młodszych, brał żywy udział w obradach i na kilka tygodni przed śmiercią przemawiał jeszcze ten sędziwy „*Father of the Kidney*,“ jak go nazwał Foster, w dyskusyach nad funkcyą nerek.

Tytuły dzieł jego są następujące: *On the minute Structure and Movements of Voluntary Muscles. Phil. Trans. 1840. On additional Note on the Contraction of Volontary Muscle in the living Body. Phil. Trans., 1841. Observations on the Minute Anatomy of Fatty Degeneration of the Liver, 1842. On the Structure and Use of the Malphighian Bodies of the Kindney. Phil. Trans., 1842.*

Wspólnie z Prof. Toddem napisał książkę p. t. *The Physiological Anatomy and Physiology of Man.* Pierwsza część ukazała się w r. 1843, ostatnia zaś w r. 1856. Dzieło to jest już teraz oczywiście przestarzałe. Prócz tego napisał około 20 rozpraw z dziedziny okulistyki, prawie wyłącznie treści praktycznej. Prace zbiorowe Bowmana wyszły za staraniem Bourdon-Sandersona w pysznem wydaniu, przypominającem wspaniałą edycyę studyów historycznych Retziusa.

Na podstawie badań Bowmana nad mięśniami postawił Wharton Jones swą teoryę elektromagnetyczną skurczu. *Note sur les muscles considérés comme des appareils névro-magnetiques. Compt. rend. 1843.* Twierdzi on, że krążki Bowmana stają się magnetycznymi pod działaniem nerwów, przyciągają się wzajemnie i skracają mięsień. On też jeden z pierwszych wykrył kurczenie się naczyń pod działaniem bodźców mechanicznych, wpływ nerwu kulszowego i udowego na naczynia, rytmiczne ruchy naczyń w błonie nietoperza po usunięciu ich z pod wpływu nerwowego, w końcu badał też ruchy amebowate białych ciałek krwi drętwy elektrycznej. Tęgi okulista, zajmował się też badaniami z zakresu optyki fizyologicznej (*Analysis of my sight. Proc. of R. S. X. Phil. Mag. XX.*).

Mimo bardzo wielkich zasług, jakie położyli Waller i Bowman w fizyologii, nie wywarli oni wybitniejszego wpływu na wykształcenie obecnej generacyi fizyologów. Pierwszy przebywał przeważnie na stałym lądzie, drugi przerzucił się wczas bardzo do okulistyki. Ojcem dzisiejszej fizyologii angielskiej nazwać można Sharpeya.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Czerwca 1894 r.

— Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krak., które miało się odbyć w ubiegłą Środę 20. b. m., z powodu pogrzebu JEminencyi kardynała Dunajewskiego, zostało odłożone na przyszłą Środę 27. b. m., w tem samem miejscu, o tej samej porze i z niezmienionym porządkiem dziennym.

— Lubo przez wydawanie numerów dwuarkuszowych prenumeratorowie naszego pisma nie ponoszą straty z przyczyny większej niż zwykle liczby ogłoszeń w porze letniej, wydajemy numer niniejszy w objętości trzech arkuszy, by wyrównać dawne zaległości osobliwie w zakresie artykułów felietonowych, których sobie życzy tak wielu prenumeratorów i czytelników *Przeglądu lekarskiego*.

— W wydziale lekarskim Uniw. Jagiell. wybrano na przyszły rok szkolny dziekanem prof. Dra Antoniego Rosnera, delegatem do senatu akademickiego na następne trzechlecie prof. Dra Przemysława Pieniążka. Prodziekanem będzie w myśl ustawy prof. Dr. Aleksander Stopczański.

— Pan Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę grona profesorów Wydziału lek. Uniw. Jagiell., dopuszczającą Dra Adolfa Becka na docenta fizyologii a Dra Leona Wachholza na docenta medycyny sądowej.

— *Numeri loquuntur.* Lepiej, niż wszelkie wywody i dyskusye, dowodzą cyfry zebrane przez *British medical Journal* olbrzymich postępów chirurgii w ostatnich czasach. Od roku 1836. do 1846. wynosiła śmiertelność po amputacyi z przyczyny urazów w Paryżu 65%. Podczas wojny krymskiej umarło po amputacyi uda 63·5% operowanych. Podczas wojny domowej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej dokonano 3949 amputacyj pierwotnych uda a śmiertelność wynosiła według tego, czy amputacyą zrobiono w trzeciej części górnej, środkowej czy dolnej 50·7, 40·3 i 48·7%. W szpitalach londyńskich wynosiła śmiertelność w r. 1840 po amputacyach 36%

Porównajmy z tem cyfry dzisiejsze.

W szpitalu św. Tomasza w Londynie wynosiła w latach 1876 do 1885 śmiertelność po amputacyach bez różnicy 12·8%.

W szpitalu w Newcastle on Tyne w latach 1879 do 1888 na 484 amputacyj tylko 7·6% śmiertelności.

Schede zebrał 321 amputacyj dokonanych antyseptycznie i 387 dokonanych w czasach przedantyseptycznych. Śmiertelność po tamtych była 4·4, po tych 29·18%.

W szpitalu św. Jerzego w Londynie u amputowanych liczących od 30 do 40 lat życia wynosiła śmiertelność w latach 1872 do 1874 40%, w latach od 1874 do 1888 tylko 14,2%. W latach 1874 do 1879 była śmiertelność po amputacyach bez różnicy co do wieku operowanych 26·3%, w latach 1880—1888 zmniejszyła się do 18·8% a w ostatnich latach zeszła do 6%.

Od roku 1852 do 1874 na 500 amputowanych zmarło z ropnicy 75 czyli 15%, w latach 1874 do 1888 na 400 amputowanych zmarło na tęż samą chorobę tylko 8 czyli 2%.

Podobne stosunki zachodzą i w resekcyach.

Od roku 1855 do 1857 na 69 resekcyj zakończyło się śmiercią 13 czyli 18·8%. W ostatnich czasach na 104 resekcyj stawu biodrowego zmarło 3 a zatem nie całe 3%.

— W nrach 28. i 51. naszego pisma z roku zeszłego donieśliśmy o szczepieniach przeciw cholerze w Indyach Wschodnich dokonywanych przez Haffkina. Obecnie poszedł w jego ślady Dr. Simpson, który w okolicy Kalkuty zaszczepił w pewnym przysiołku jadem ochronnym przeciw cholerze z 200 mieszkańców 116. Wkrótce pojawiła się tam cholera, na którą z mieszkańców tego przysiołka zachorowało 10 a zmarło 7 osób, wszystkie owym jadem ochronnym nieszczepione. Dr. Simpson na podstawie tego udał się do władzy w Kalkucie o pozwolenie szczepienia dalej cholery i oświadczył, że jeżeli tylko dalsze próby wypadną pomyślnie, założy w Kalkucie zakład szczepienia ochronnego od cholery.

— Dr. Keyes, który towarzyszył słynnemu miliarderowi amerykańskiemu Vanderbiltowi w przejażdżce po kuli ziemskiej na jego własnym jachcie przez 4 miesiące, otrzymał tytułem honoraryum lekarskiego 60.000 dolarów czyli 300.000 franków.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Budapeszcie odbytem w dniu 2. b. m. podał prof. T. Késmársky do wiadomości, że opierając się na skuteczności wcierań szaruchy w niektórych przypadkach gorączki połogowej tudzież doświadczeniach Baccellego (porówn. Nr. 13 *Przeglądu lek.* z r. b.) użył wstrzykiwań sublimatu do żył w ilości od 1 do 5 milligramów w rozczynie 1 : 1000. Skutek był bardzo pomyślny tak, iż prof. K. nie wyrzekając ostatecznego zdania w tej mierze zachęca do dalszych prób z tym sposobem leczenia gorączki połogowej. Na temże posiedzeniu podał Dr. J. Antal, asystent zakładu farmakologicznego, iż opierając się na doświadczeniach ze zwierzętami wykrył w azotanie kobaltowym (*cobaltum nitricum*) odtrutkę na sinek potasu (*kalium cyanatum*).

— W celu zapobiegania śluzoropotokowi oczu u noworodków przyjęło ciało prawodawcze Stanu Maryland w Ameryce północnej ustawę, według której położne i mamki obowiązane są donosić władzy lekarskiej o każdym przypadku obrzmienia oczu u noworodka młodszego niż 15 dni, jeżeli jeszcze nie zostaje w opiece lekarskiej.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Budapeszt. Habilitowali się jako docenci prywatni: Dr. F. Szontágh dla pedyatryi a Dr. B. Kenyeres dla medycyny sądowej. — Berlin. Doc. Dr. C. Posner otrzymał tytuł profesora. — Halla nad Salą. Prof. Renk mianowany dyrektorem urzędu zdrowia w Dreźnie. — Lipsk. Doc. Dr. Schmorl mianowany prosektorem miejskiego szpitala w Dreźnie. — Paryż. Na opróżnioną katedrę kliniki chirurgicznej przedstawieni przez grono profesorów Wydziału lekarskiego do nominacyi na miejscu pierwszem Paweł Berger, na drugiem Karol Monod, na trzeciem Paweł Reclus. — Fryburg w Bryzgowii. Doc. Dr. Reinhold mianowany profesorem nadzwyczajnym.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Busku w powiecie kamioneckim w Galicyi Dr. Teofil Prochaska na dur osutkowy, którym zaraził się od chorych; — w Zemliańsku w gubernii woroneskiej również na dur osutkowy lekarz ziemski Kazimierz Kosiewicz, były wychowaniec uniwersytetu warszawskiego a po uzyskania stopnia lekarza przez dwa lata praktykant kliniki chirurgicznej prof. Kosińskiego.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 30. Czerwca 1894 r. Nr. 26.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolff:, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

Rozwój guzów jajnikowych u kobiet ciężarnych nie należy do zdarzeń wyjątkowych. Dowodzi tego statystyka, ale i bez jej pomocy, *a priori*, łatwo zrozumieć, że nie może być inaczej. Wszak guz jednego jajnika nie przeszkadza najczęściej czynności drugiego, nie znosi drożności trąbki strony przeciwnej, często nie przemieszcza macicy ani jej nie zagina a z reguły nie wywołuje zmian chorobowych na jej błonie śluzowej. A gdzie jajko może wyjść z jajnika i przejść przez trąbkę do macicy, gdzie nasienie może znaleść sobie drogę do jamy macicznej, gdzie w końcu zapłodnione jajko znajduje zdrową błonę śluzową, tam stało się zadość wszystkim warunkom potrzebnym do rozwoju ciąży.

Już trudniej zrozumiałe a mimo to niewątpliwe są te przypadki, w których przyszło do zapłodnienia mimo zajęcia obu jajników. Jeżeli te guzy po obu stronach dostrzeżono dopiero po porodzie, jak w dwóch przypadkach Spiegelberga[1]), jeżeli guzy te, jak było w obu tych przypadkach, były szybko rosnącymi nowotworami złośliwymi, to nasuwa się przedewszystkiem wątpliwość, czy w chwili zapłodnienia nowotwory te już istniały. Ale że to jest możliwe, tego dowodzą inne przypadki (Veita owaryotomia obustronna w 2-gim miesiącu, Thorntona[2]) owaryotomia obustronna z powodu torbieli skórzakowych w trzecim miesiącu ciąży, Mundego[3]) obustronna owaryotomia w 5-tym miesiącu ciąży) a w końcu i badania drobnowidowe, które w zmienionym przez nowotwór jajniku wykazały przecież dojrzałe pęcherzyki Graafa.

Choć więc powikłanie ciąży guzami jajnika nie może być i nie jest rzadkiem, to przecież każdy taki przypadek budzi nie małe zajęcie. Naprzód pod względem rozpoznawczym, potem co do przebiegu rozmaitego a nigdy z góry przewidzieć się niedającego, dalej co do rokowania a w końcu co do leczenia. A powikłanie ciąży guzami jajnika to pole, na którem spotyka się położnictwo z ginekologią, położnictwo w leczeniu konserwatywne i osiągające tym racyonalnym konserwatyzmem doskonałe wyniki i ginekologia operacyjna, oparta na znakomitych rezultatach ostatnich lat dziesiątków i wskutek tych rezultatów radykalna.

Jak położnik niechętnie wykonywa laparotomię na osobie ciężarnej, bo ona może przerwać ciążę, tak z drugiej strony ginekolog niechętnie patrzy na rozwój i to najczęściej szybki guzów jajnikowych, które, jeżeli nie są powikłane ciążą, wprost wymagają owaryotomii. Ztąd w sprawie postępowania leczniczego wobec ciąży powikłanej guzami jajnika widzimy pewien zamęt i mimo rozległej literatury i statystyki dotąd brak jednolitych zasad. W czem szukać przyczyny tego zjawiska? Przedewszystkiem w tem, że w statystyce nie oddziela się przypadków, w których wskutek niekorzystnego położenia, wielkości i natury guza z góry przewidywać można groźne następstwa od tych, których położenie, wielkość i natura czynią powikłanie to mniej groźnem. Statystyka mięszając razem obie grupy, dochodzi do wskazań leczniczych, które są często zbyt konserwatywne dla pierwszej grupy a zbyt radykalne dla drugiej.

Każda z tych grup wymaga niewątpliwie osobnej statystyki i osobnych wskazań leczniczych. Dalej trudność w ułożeniu pewnych reguł postępowania tkwi w tem, że musi się mieć na myśli dwie istoty, matkę i dziecko i często porównywać ze sobą sposoby leczenia, z których jeden poświęca płód dla korzyści matki a drugi nie poświęcając wpraw-

[1]) Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien, 1886. 130.
[2]) Thornton: Annales de gynécologie XXV. 1886. p. 225.
[3]) Mundé; Annales de gynécologie. 1887. II. p. 222.

dzie kobiety dla dziecka, każe jej przecież narażać się na pewne niebezpieczeństwo.

Zanim przystąpię do dokładniejszego rozstrząśnienia przebiegu, rozpoznania i rokowania i zanim przedstawię sposób postępowania leczniczego przyjęty w klinice krakowskiej, przytoczę naprzód 10 przypadków z tejże kliniki, na które przyjdzie mi się niejednokrotnie powołać.

Przypadki te, choć nieliczne, są jednak pod wielu względami ciekawe i pouczające i uderzają rozmaitością przebiegu. Zestawiam je pokrótce, uwidoczniając tylko ważniejsze szczegóły wywiadów, stanu obecnego i przebiegu.

Przypadek I-szy *Cystoma ovarii multiloc. sinistrum in cavo Douglasii incarceratum. Partus praematurus. Narcosis, repositio tumoris. Sanatio* [1]).

(L. prot. poł. 201. z r. 1884/5). B. H. l. 26. rz. kat. zam. z Krakowa.

Wywiady: Pięć porodów przedtem prawidłowych, ostatni przed dwoma laty. Przypadłości chorobowych podczas ostatniej ciąży nie doznawała, o guzie w brzuchu nic nie wie. Bóle porodowe rozpoczęły się przed 30-ma godzinami.

Stan obecny: Badanie zewnętrzne wykazuje znaki porodu w położeniu płodu czaszkowem pierwszem, nieustalonem. Główka nad spojeniem i ku przodowi wyparta. Badanie przez pochwę poucza, że części pochwowej brak, ujście zewnętrzne wielkości talara wyparte ku przodowi znajduje się wysoko.

Tylne sklepienie i tylna ściana pochwy wyparta przez guz elastyczny, chełbocący, mniej więcej wielkości głowy. Główka płodu okryta całym jeszcze pęcherzem, mała, ruchoma. Przez odbytnicę czuć to samo ciało wypuklające przednią jej ścianę.

Przebieg. Zastósowano narkozę chloroformową. Ręką wprowadzoną do pochwy wysunięto guz ponad wchód miednicy, poczem przebito pęcherz. Główka wstąpiła natychmiast do cieśni, poczem poród odbył się w przeciągu kilku minut. Łożysko wyjęto ręcznie. Podano sporysz.

Przebieg porodu zakłócony był gorączką, jednak chora mogła już dwunastego dnia po porodzie bez gorączki i żadnej bolesności opuścić klinikę. Badanie w tym czasie wykazało, że guz jest wielokomorowy i wychodzi z jajnika lewego. Dziecko urodzone ważyło 2000 gr. i opuściło klinikę wraz z matką zdrowe.

Przypadek II-gi *Graviditas II. Cystis ovarii dextri Ovariotomia, abortus subs. peri- et parametritide. Sanatio.*

R. K. l. 27. z Makowa, przyjęta 20. Stycznia 1888. Nr. prot. ginek. 25.

Wywiady: Miesiączkowała od 19. roku życia prawidłowo. Rodziła raz przed dwoma laty. Po porodzie regularność prawidłowa, ostatnia przed 7-ma miesiącami. Od tego czasu uważa powiększenie się brzucha i lekki ból w krzyżach.

Stan obecny: W sutkach żadnych objawów zwiększenia czynności. W jamie brzusznej wybadać można guz o ścianach cienkich, wypełniony płynem; sięga on od spojenia do wyrostka mieczykowatego, na boki zaś do obu kolców biodrowych. Od spojenia do wyrostka mieczykowatego 46 cm., obwód 99 cm. Macica da się wybadać, jest nieco niżej i bliżej kości krzyżowej i nie wydaje się powiększoną.

Przebieg: 28. Stycznia owaryotomia; przebieg operacyi typowy; zabieg łatwy.

10. Lutego. Wyjęto szwy. Po operacyi aż do 4. Lutego nudności, wymioty i odchody krwawe. 4. Lutego mocne bóle w krzyżach i w dolnej połowie brzucha. W nocy z 4. na 5. Lutego poronienie. Potem przez dwa miesiące leżała w łóżku z powodu *peri- et parametritis*. Dnia 6. Kwietnia wyleczona opuszcza klinikę.

[1]) Przypadek opisany w *Przeglądzie lekarskim* 1885. Nr. 24. i 25. przez Dra Jana Rosnera.

Przypadek III-ci. *Graviditas trium mensium. Cystoma proliferum papillare ovarii dextri. Ovariotomia. Sanatio.*

J. M., l. 24. z Łańcuta, przyjęta do kliniki 23. Czerwca 1888. r.

Wywiady: Rodziła raz przed dwoma laty prawidłowo. W połogu miała mieć dreszcze, gorączkę i bóle w podbrzuszu przez czas dłuższy. Wezwany lekarz miał przez nakłucie brzucha wypuścić kilka litrów ropy. Przed kilkunastu miesiącami spostrzegła powiększenie się brzucha. Od trzech miesięcy niema miesiączki, która przedtem była prawidłowa.

Stan obecny: Linia środkowa zabarwiona, w brzuchu czuć dwa opory, jeden bliżej określić się niedający nad spojeniem łonowem, drugi pochodzi od guza sięgającego na 4 palce ponad pępek, na boki zaś do linii biodrowych przednich. Obrzęk ten jest elastyczny, ruchomy, niebolesny i nie okazuje chełbotania. Przedsionek, pochwa i część pochwowa sino-różowa, część pochwowa znajduje się wysoko i jest pulchna. Macica leży poziomo, jest w górę wciągnięta i nie wydaje się powiększoną.

Przebieg. 4. Lipca laparotomia. Wypuszczenie płynu trójgrańcem. Podwiązanie i przecięcie nielicznych zrostów, podwiązanie szypuły wychodzącej z prawego rogu macicy powiększonej do wielkości pomarańczy. Opatrzenie, szew. Przebieg pooperacyjny idealny, do połowy Sierpnia niczem niezakłócony. Chorą stracono z oczu.

Przypadek IV-ty. *Cystis ovarii dextri in cavo Douglasii incarcerata; partus. Sectio caesarea modo Saengeri. Peritonitis septica. Mors.*

Z. A., l. 20. z Polanowic. Przyjęta do kliniki 3. Kwietnia 1890 r. Nr. prot. poł. 135.

Wywiady: Rodziła raz przedwcześnie przed rokiem. Ost. regularność w Kwietniu 1889., ruchy poczuła we Wrześniu tegoż roku. Bóle porodowe rozpoczęły się 30. Grudnia i tegoż dnia odeszły wody płodowe.

Stan obecny. Poród z końcem ciąży, pierwszy okres z pęknięciem pęcherza, położenie płodu czaszkowe. Bezwzględne ścieśnienie miednicy z powodu guza, który, zdawało się, że wychodzi z tylnej ściany szyi macicznej (*fibroma retrocervicale*).

Przebieg: 3. Stycznia wykonano cięcie cesarskie metodą Saengera. Płód donoszony, żywy, płci męskiej. Do 6. Stycznia objawy ostrego zapalenia otrzewnej zakończone tegoż dnia śmiercią.

Sekcya wykonana w zakładzie anatomo-patologicznym prof. Dra Browicza wykazała jako przyczynę śmierci posokowate zapalenie otrzewnej, powstałe wskutek nieopatrznego pozostawienia gąbki w jamie brzusznej, nadto objawy ogólnej posocznicy. Rozpoznanie sekcyjne brzmi: *Sectio caesarea lege artis facta. Exsudatum peritonei septicum. Cystovarium dextrum majoris gradus in cavo Douglasii incarceratum, stenosim permagni gradus tractus genitalis efficiens. Pneumonia lobularis ambilateralis recens, dilatatio cordis dextri. Fragmentatio musculi cordis. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa in adiposam vergens hepatis. Nephritis subacuta ambilateralis.*

Przypadek V-ty. *Cystadenoma ovarii sinistri ac cystis dermoidalis abscedens ibidem. Partus coccyge praevio. Extractio manualis foetus et placentae. Collapsus, mors.*

G. R., l. 23., z Pińczowa. Przyjęta do kliniki 11. Czerwca 1890. (Nr. prot. poł. 365).

Wywiady: Rodziła raz prawidłowo. Nie umie podać żadnych szczegółów odnoszących się do obecnej ciąży. Bóle porodowe rozpoczęły się 10. Czerwca o 12-tej w południe. Na inne pytania nie daje żadnych odpowiedzi.

Stan obecny. Poród na czasie. Położenie płodu miednicowe drugie. Tężec macicy. W lewem sklepieniu koło macicy czuć jakiś bliżej niedający się określić opór.

Przebieg: Przy całkowitem rozwarciu ujścia przebito pęcherz. Celem usunięcia tężca stósowano kąpiele ciepłe, nakoniec i uśpienie chloroformowe bez skutku. W końcu wydobyto dziecko ręcznie za pośladki a wkrótce potem łożysko.

Dziecko nieżywe. Zaraz po porodzie zapad a w 12 godzin później mimo środków skrzepiających śmierć. Sekcyę zwłok wykonano nazajutrz w zakładzie anatomo-patologicznym prof. Dra Browicza.

Rozpoznanie sekcyjne brzmi: *Peritonitis sero-fibrinosa diffusa, cystadenoma ac cystis dermoidalis ovarii sinistri. Involutio uteri incompleta. Atelectasis lobi intimi pulmonis utriusque ex elevatione diaphragmatis; haemorrhagia punctata pulmonum. Hypoplasia trunci aortae. Peribronchitis tuberculosa apicis pulmonis dextri. Degeneratio adiposa lev. gradus hepatis; tumor lienis acutus.*

Przypadek VI. *Cysto-sarcoma ovarii sinistri. Torsio pedunculi subsequ. peritonitide in puerpera. Ovariotomia. Sanatio.*

H. H. l. 26. z Radłowa, przyjęta do kliniki 9. Lutego 1891. roku.

Wywiady: Miesiączkowała dawniej prawidłowo. Rodziła 3 razy, ostatni raz przed 6-ma dniami. Podczas ostatniej ciąży miewała duszność i obrzęki kończyn dolnych. Sądziła, że urodzi bliźnięta. Poród odbył się siłami przyrody na czasie. Bezpośrednio po porodzie brzuch nie zmniejszył się, jak to zwykle bywało tak, że rodząca i jej otoczenie czekało długo, ale bez skutku na poród drugiego dziecka. W 4-tym dniu połogu wystąpiły nagle objawy zapalenia otrzewnej, które zmusiły chorą do szukania pomocy w klinice.

Stan obecny: Osoba wynędzniała o cerze woskowej, rysach ostrych. Ciepłota 38·0, tętno mdłe, szybkie. W piersiach pokarm. W brzuchu guz wypełniający całą jamę brzuszną, o powierzchni nierównej, niechełbocący, elastyczny, nieruchomy, bolesny. Przy badaniu przez pochwę czuć połogową, powiększoną macicę w przedniem sklepieniu. Rozpoznano skręcenie szypuły guza jajnikowego i zapalenie otrzewnej.

Przebieg. Z powodu groźnego stanu chorej już nazajutrz po przyjęciu, 10. Lutego wykonano laparotomię, która w zupełności potwierdziła rozpoznanie. Okręcenie szypuły o 90°; na guzie i na mocno przekrwionej otrzewnej złogi wypociny włóknikowej. Guz oddzielono, szypułę wychodzącą z lewego rogu macicy podwiązano i odcięto. Opatrzenie ciepłym kwasem borowym. Przebieg operacyjny idealny. Chora zdrowa opuściła klinikę, wkrótce jednak potem umarła na na gruźlicę płuc.

Przypadek VII. *Graviditas IV. mensis. Cystis dermoidalis ovarii sinistri. Torsio pedunculi, haemorrhagia in tumorem. Peritonitis fibrinosa. Ovariotomia. Sanatio.*

H. A., l. 18., z Nowego Sącza, przyjęta do klinika 9. Maja 1891.

Wywiady: Zaczęła miesiączkować w 15. roku życia. Ostatnia regularność przed trzema miesiącami. Już przed 18 miesiącami dostrzegła powiększenie się brzucha. Przed 5-ma dniami poczuła nagle gwałtowny ból w jamie brzusznej; ból ten, choć nieco mniejszy, ciągle się utrzymuje. Od 5 dni nie miała stolca. Mocz oddaje prawidłowo. Upławów niema.

Stan obecny: Ciepłota podwyższona, tętno 100. Powłoki napięte. Za dotykaniem mocna bolesność, zwłaszcza po stronie prawej nad pachwiną. W sutkach objawy powiększenia się czynności. W brzuchu czuć guz okrągły, sięgający na trzy palce ponad pępek, elastyczny, chełbocący, bardzo bolesny, nieruchomy. Nad nim odgłos wypukowy stłumiony, zresztą bębenkowy. Ściany pochwy pulchne. Część pochwowa w prawidłowej wysokości z ujściem dziewiczem, zwrócona ujściem ku tyłowi, na falangę palca badającego długa, pulchna. W sklepieniu przedniem czuć płaski, miękkawy, elastyczny opór, w sklepieniu zaś bocznem prawem, jakby krawędź macicy. Dokładne badanie z przyczyny bolesności niemożliwe.

Przebieg. Dnia 22. Maja wykonano laparotomię. W jamie brzusznej guz zlepiony z otoczeniem świeżymi złogami wypociny włóknikowej. Na otrzewnej ściennej i jelitowej objawy zapalenia włóknikowego (przekrwienie, złogi). Guz odklejono bez trudności. Szypułka wychodząca z lewego rogu macicy mocno skręcona. Macica powiększona jak w 4tym miesiącu księżycowym ciąży. Guz niepomniejszony wytoczono i odcięto po podwiązaniu szypuły. W torbielu skórzakowym znaleziono dużo krwi świeżej i zmienionej.

Przebieg pooperacyjny znakomity. Gorączka ustąpiła zupełnie. W dwa dni po zabiegu wystąpiły bóle w dolnej części brzucha, które uśmierzono makowcem.

W Listopadzie urodziła siłami natury dziecko prawie donoszone.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonemi.

Podał

Dr. Zenon Pelczar.

Do mało uwzględnianych chorób w literaturze polskiej należy rozmiękczenie kości.

Rzadko, co prawda, zdarzają się przypadki tego cierpienia, jednak zaprzeczyć się nie da, że odkąd baczniejszą uwagę zwrócono na to cierpienie, coraz liczniej wyłaniają się obserwacye naukowe, dowodzące, że cierpienie to częściej odnaleźć się dało, niż dotąd utrzymywano.

Że rozmiękczenie kości tak dawnem jest, jak nędza i inne okoliczności, które powstaniu choroby towarzyszą i do niej usposabiają, zdaje się, że wątpliwości nie ulega; zawdzięczamy jednak dopiero Steinowi (starszemu), że pierwszy na rozmiękczenie kości zwrócił uwagę i opisał je pod względem znaczenia położniczego. Działo się to jeszcze koło r. 1775.

W tym samym czasie Cooper i Vaughau, którzy również jak Stein wykonywali cięcie cesarskie u osteomalatycznych, zajęli się bliżej kwestyą rozmiękczenia kości, podobnie jak Fremery, któremu zawdzięczamy pierwszy dokładny opis miednicy osteomalatycznej.

W dalszym ciągu podejmowali badania nad tą postacią chorobową Litzmann, Hennig, Huggenberger, Weber, Fassbinder, Kassowitz, Cohnheim, Reklinghausen, z których ostatni zajęli się więcej wyświeceniem samej sprawy chorobowej, niż znaczeniem cierpienia w położnictwie.

Długo ścierały się poglądy, w jaki sposób przychodzi do zmian, które anatomia patologiczna podaje jako właściwe i charakterystyczne dla tego cierpienia. Cohnheim a po części Kassowitz utrzymywali, że powstaje w zmienionych chorobowo kościach nowa tkanka, która już zwapnieniu uledz nie może. Bliższe jednak badania wykazały, że w osteomalacyi przychodzi tylko do odwapnienia kości poprzednio zdrowych i zupełnie już wykształconych (Ziegler). Odwapnienie to, czyli rozpuszczenie soli wapniowych, rozpoczyna się od obwodu beleczek kostnych i postępuje do warstw głębszych. Sama tkanka odwapnionej kości staje się coraz to jednolitsza lub zawiera włókna mniej lub więcej delikatne. Część ciałek kostnych zanika, pozostawiając po sobie w kości otworki lub ślady swych wypustek. Odwapniona chrząstka kostna długi czas zachowuje się jeszcze prawidłowo, wydając się wówczas zdolną do przyjęcia soli wapniowych i odnowy kości; z czasem ulega ona rozpadowi i zupełnemu zanikowi.

Szpik kostny z początku jest mocno przekrwiony, nierzadko przedstawiając ogniska krwotoczne lub resztki po nich. Z czasem szpik ulega zwyrodnieniu, rozpływa się tak, że w wysokim stopniu rozmiękczenia kości długie mogą przed-

stawiać wejrzenie miękkiego worka, którego zewnętrzną powierzchnię tworzy odwapniona i cienka substancya korowa kości wraz z okostną, treść zaś zwyrodniały szpik.

Przypuszczano dawniej, że rozmiękczenie kości i krzywica to ta sama postać chorobowa i że pierwsza jest tylko dalszym ciągiem drugiej. Zapatrywania te szczególnie popierał Heitzmann swemi doświadczeniami, podzielali zaś Chossat, Cohnheim, Pommer, Bibra, Bochut i t. d.

Heitzmann wstrzykiwał kwas mlekowy podskórnie zwierzętom lub podawał im go w pokarmach i w krótkim czasie (po 2 tygodniach) wywoływał u nich objawy krzywicy, w dalszym ciągu doświadczeń (po 5 tygodniach) objawy osteomalacyi.

Przeciwne tej sprawie zajęli stanowisko Ziegler, Ribbert, Kassowitz, Klebs, Reklinghausen i inni i ci wykazali, że te dwa cierpienia są zupełnie różne.

Zapatrywanie się powyższe znaleść może poparcie w kwestyi dobrze znanej a tyczącej się pospolitości krzywicy i rzadkości, z jaką występuje rozmiękczenie kości. Gdy pierwsze cierpienie wspólne jest wszystkim narodom i nigdzie go nie brak, rozmiękczenie kości występuje rzadko i nawiedza częściej pewne strony. Krzywica wreszcie występuje w ustroju młodym i w kośćcu rosnącym, gdy rozmiękczenie kości właściwe jest tylko wiekowi średniemu, już po całkowitem wykształceniu się kośćca.

Bliższe badania chemiczne i fizyczne kości osób osteomalatycznych wykazują, że kość sama jest znacznie lżejszą i głównie pozbawioną soli wapniowych.

Wyciąg takich kości oddziaływa obojętnie lub kwaśno (Schmidt, Weber, Lehman, Goblet) — zależnie widocznie od innych względów a nie od samego cierpienia — nie pozwala też na żadne w tym względzie wnioski.

Co do samej utraty soli, obliczają ubytek ich na 40 do 60%. Mörs zaś i Munk wykazali, że wapno prędzej zanika, niż kwas fosforowy. Schmidt, Weber i Drivon znajdywali nadto w kościach takich kwas mlekowy, czem dali pochop do teoryi znanej zresztą o sposobie rozpuszczania soli wapniowych. Większa część jednak autorów, opierając się na ujemnym wyniku swych badań, zaprzecza obecności kwasu mlekowego w kościach i znaczeniu jego w tem cierpieniu (Salomon, Gaglio, Berliner, Blau, Lehman).

Co do moczu sprzeczne są wyniki badań autorów tak co do obecności w nim kwasu mlekowego jak i ilości różnych soli. Mörs, Munck, Höxter, Mommsen znajdywali kwas mlekowy, badania zaś Szmuzigera i innych tego nie wykazały. Co do ilości soli, znajdywano w moczu zazwyczaj zmniejszenie się ilości fosforanów (Munck, Szmuziger, Mommsen, Fehling, Lehman, Langendorf), zdaje się jednak, że nerki nie są jedyną drogą wydzielania soli rozpuszczonych w kości, gdyż prawie nigdy nie znajdywano w moczu zwiększenia się soli wapniowych.

Jaksch, Renzi, Fehling, Eisenhart znaleźli w kilku przypadkach zmniejszenie się alkaliczności krwi; Heitler nawet podaje tę okoliczność jako szczegół rozpoznawczy w wzmiankowanem cierpieniu, czemu znowu sprzeciwiają się badania Fehlinga a nawet samego Jakscha, który wykazał, że w wielu chorobach połączonych z charłactwem krew staje się mniej alkaliczną.

Co do samej etyologii, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że nędza, liczne porody i przedłużenie karmienia pośród ciężkiej pracy i stosunków niehigienicznych są najczęstszą i najbliższą przyczyną tego cierpienia. Według dawniejszych poglądów przywiązane być miało cierpienie nie tylko do pewnych okolic, gdzie bądź to sam grunt, bądź to wodę ubogą w sole obwiniano i podawano za przyczynę pojawienia się endemii.

I tak częściej stosunkowo napotkać można rozmiękczenie kości w dorzeczu Renu, w północnych Włoszech, niektórych kantonach Szwajcaryi, we Flandryi, Kalabryi, Bawaryi, Wirtembergii, Badenie, Alzacyi. W Austryi także dość często zdaje się, że występuje, podobnie jak w Galicyi.

W sprawozdaniu szpitali wiedeńskich za rok 1892. naliczyłem 34 przypadki, które były w leczeniu, w Truskawcu zaś, miejscu kąpielowem, mieliśmy sposobność obserwować wraz z Drem Plechem 11 przypadków w ciągu jednego sezonu, z których 10 pochodziło z wschodniej Galicyi a jeden z Bukowiny. Niespodziana ta obfitość materyału dała mi właśnie pohop do zajęcia się tą kwestyą.

Inne okolice miały być wolne, do nich według Cohnheima miało należeć dorzecze Odry a po części i Anglia. Nowsze jednak badania i wogóle większe zainteresowanie się sprawą rozmiękczenia kości wykazują, że je wszędzie wyszukać można; jakoż z dorzecza Odry Kroner kilkanaście już podał przypadków. Podobne a zupełnie analogiczne cierpienie przytrafia się także u zwierząt (Anacker, Rosoff, Tyselius, Stockfleth, Elam, Utz), jak tłómaczą, na skutek paszy ubogiej w sole. Według Utza bardzo często napotyka się tę chorobę w okolicach Czarnego Lasu w Niemczech.

Występowanie to cierpienia, jak utrzymywano, tylko w pewnych okolicach rzuciło podejrzenie endemii polegającej na swoistych grzybkach. Badania jednak dokładne krwi przez Fehlinga, Haeglera i Zürna obaliły w krótkim czasie to przypuszczenie.

Z przyczyn, które powstaniu cierpienia towarzyszą, przytacza Heitler aż 7: wilgotne mieszkanie, złe odżywianie się, pokarmy ubogie w sole potasowe i magnowe, częste ciąże, karmienie długie, ciężką pracę fizyczną i moralne cierpienia. Z innych przyczyn, które przed powstaniem cierpienia zadziałały na ustrój, podają ciężką zimnicę (Jones), przeziębienie (Gussmann), influencę (Kohl), brak powietrza (Bleuter), przedewszystkiem zaś stosunki niehigieniczne, które osłabiały organizm przez dłuższy czas. Czy dziedziczność ma jaki wpływ, nie da się na razie rozstrzygnąć, małą jeszcze nauka rozporządza statystyką; obserwacye zaś Eckmana, który w 3 pokoleniach znalazł rozmiękczenie kości, nie mogą przeważyć szali.

Często również znajdywano u osteomalatycznych ślady przebytej krzywicy.

Krzywica jednak jest tak częstą, jak to słusznie zauważył Ziemssen, że nic dziwnego, że jej ślady odszukać można niekiedy u osteomalatycznych.

Co do teoryi tłómaczących sprawę rozmiękczenia kości, różne jeszcze a nieustalone panują poglądy. Jedni uważają ją za pewien rodzaj zapalenia szpiku kostnego z następowem zapaleniem kości *(osteomyelitis cum ostitide progressiva)*. (Virchow, Volkmann, Weber, Rokitansky, Lambl, Ranvier, Rindfleisch).

Schmidt, Weber, Bouchard przypisują całą sprawę działaniu chorobowo nadmiernie wytworzonych kwasów, których ustrój rozłożyć dalej nie zdołał. Fehling uważa całą

sprawę za nerwicę odżywczą kości *(osteotrophoneurosis)*. Utrzymuje on mianowicie, że na skutek zmian w jajnikach występuje podrażnienie nerwów rozszerzających naczynia *(nervi vasodilatatores)*, które sprawia przekrwienie szpiku i wessanie soli.

Na udowodnienie swej teoryi przytacza: 1) pogarszanie się cierpienia podczas menstruacyi, 2) wielkie unaczynienie i rozszerzenie naczyń jak w ciąży, 3) polepszenie się po wytrzebieniu, 4) wielką płodność kobiet osteomalatycznych.

Najnowszą teoryą jest zdanie Petronego, który uważa osteomalacyę za skutek działania fermentu nitrifikacyjnego. Ferment ten uzyskany ze krwi osteomalatycznych osób i wstrzykiwany psom, miał wywoływać zmiany podobne do rozmiękczenia kości. W moczu zaś osteomalatyków miał znaleść kwas azotowy, któremu przypisywał odwapnienie kości.

Badania w tym względzie Fehlinga, Hörnera, Winkla i Tschistowitscha okazały wynik ujemny co do obecności we krwi chorych jakiegoś grzybka właściwego cierpieniu.

Obecność zaś samego kwasu azotowego w moczu po pierwsze nawet u osteomalatyków nie zawsze da się wykazać a towarzyszy i innym cierpieniom jak zapaleniu płuc, wysiękom opłucnowym i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Wątpliwym też wydaje się przypadek D i d a y a [1]) u pewnej matki, u której w 7-ym miesiącu ciąży pojawiły się na częściach rodnych kłykciny sączące; urodzone przez nią dziecię było donoszone i przedstawiało rozmaite objawy kiły, następnie zaś zmarło wskutek pęcherzycy (*pemphigus*). W przypadku D i d a y a brakowało też wiadomości o stanie zdrowia ojca w chwili zapłodnienia matki, wolno więc przypuszczać, iż w tym razie kiła dziecka mogła pochodzić nie od matki, lecz od ojca.

Przypadek C h a b a l i e r a [2]) tyczył się pewnej matki, która w 8-ym miesiącu ciąży nabyła kiły, pierwotny zaś objaw wystąpił u niej w postaci trzech stwardniałych wrzodów, usadowionych na wargach sromnych. U dziecka w tydzień po przyjściu na świat wystąpiła osutka kiłowa oraz inne objawy swoiste. W opisanym przypadku nie znajdujemy wcale wzmianki o stanie zdrowia ojca; brakuje więc nam podstawy dla twierdzenia, iżby tu nastąpiło łożyskowe zarażenie się płodu od matki.

W przypadku opisanym przez F r é m e g o [3]) matka nabyła kiły w 3-im miesiącu ciąży: w drugiej połowie brzemienności pojawiły się u niej ogólne objawy kiłowe. O stanie zdrowia ojca nie znajdujemy żadnej wzmianki w opisie przypadku a więc uzasadnione jest powątpiewanie, iżby choroba dziecka pochodzić miała od matki; nadto zaś kiłowy charakter objawów chorobowych u dziecka nie jest należycie udowodnionym.

Przypadki przytoczone przez O e w r e g o [1]) dla udowodnienia śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą nabytą przez matkę już po zapłodnieniu, nie są też wolne od zarzutów: z 34 przypadków wymienionego autora tylko w pięciu stan zdrowia ojca był wiadomym, w pozostałych zaś 29 przypadkach nie znajdujemy o tem żadnej wzmianki; nadto w niektórych przypadkach kiłowa natura choroby dzieci była wątpliwą, w innych zaś płód nie przedstawiał żadnych zmian właściwych kile. Przytoczył zaś takowe O e w r e ze względu na to, iż u matki nastąpiło poronienie lub poród przedwczesny. Żaden więc z przypadków wymienionych nie może udowadniać łożyskowego zarażenia się płodu kiłą w przebiegu ciąży.

Przypadek L e w i n a [2]) tyczył się pewnej matki, która zaraziwszy się w 7-ym miesiącu ciąży kiłą, przedwcześnie urodziła nieżywe dziecię; u dziecka wykazano obecność swoistych zmian w jądrach, oraz wiele wrzodów kiłowych na skórze. Zarażenie się płodu w macicy jest już z tego powodu w przytoczonym przypadku wątpliwem, iż od pojawienia się pierwotnej zmiany u matki do przyjścia na świat dziecka z głębokiemi zmianami kiłowemi, upłynęło zaledwie 6 tygodni; trudno więc przypuścić, iżby w tak krótkim czasie przyrzut kiłowy zdążył wywołać ogólne zakażenie matki, następnie zaś udzielił się dziecięciu i wreszcie spowodował wystąpienie w ustroju płodu głębokich zmian, które mogłyby dopiero powstać w ciągu kilku tygodni. Wypadałoby tu przypuścić, iż kiła płodu pochodziła od ojca. Podobne przypuszczenie wydaje się tem więcej usprawiedliwionem wobec wzmianki o tem, że ojciec przed zarażeniem się matki miał na ustach wrzody, a więc kiła u ojca musiała być dawniejszej daty.

Przypadków d e M e r i c a [3]) i H u t c h i n s o n a [4]) w których zdrowa przedtem matka, zaraziwszy się podczas ciąży kiłą, udzieliła swej choroby dzieciom, nie można zaliczyć do rzędu przekonywających spostrzeżeń, albowiem brakuje w nich dokładnych wiadomości o stanie zdrowia ojca.

W przypadkach F l i n d t a [5]) powstaje podobnaż wątpliwość co do udziału matki, jakkolwiek zarażenie się jej nastąpiło już po zajściu w ciążę; też same zarzuty podnieść można przeciw przypadkowi spostrzeganemu przez F r a n k a [4]), zresztą opisanemu bardzo pobieżnie i niedokładnie.

Przypadek V a j d y [6]) wydaje się nam więcej przekonywającym od poprzednich; tyczył się zaś pewnego ojca, który nabywszy kiły po zapłodnieniu swej żony zaraził ją w 7-ym miesiącu ciąży, skutkiem czego u matki w kilka tygodni później wystąpiły pierwotne objawy, jednocześnie też u ojca były drugorzędne zmiany kiłowe. U matki wybuch ogólnej kiły nastąpił dopiero po przyjściu na świat dziecka; pomimoto u dziecka w 7 tygodni po urodzeniu wystąpiła osutka kiłowa i kłykciny sączące. Pomijając już mogącą powstać wątpliwość co do ojcowstwa, można też przypuścić zarażenie się dziecka podczas porodu lub nawet wkrótce po urodzeniu się.

[1]) l. c. str. 47.
[2]) Gazette médicale de Lyon. 1864 May. str. 252.
[3]) Gaz. des hôpitaux 1864. 177.

[1]) K a s s o w i t z, l. c. str. 410, 411.
[2]) Berliner klinische Wochenschrift. 1873. 22. 23.
[3]) British medical Journal. 1874. 24. January.
[4]) Canada medical and Surgical Journal. 1877. Oct. str. 174.
[5]) l. c. str. 114 i następne.
[6]) Wiener medizinische Presse. 1880. 38. str. 1207.

Wiede[1]) wzmiankuje o pięciu przypadkach, w których matka, zaraziwszy się w ciąży kiłą, wydała na świat dziecię kiłowe. Żaden jednak z przypadków wymienionych nie może stwierdzać łożyskowego zarażenia się płodu kiłą, albowiem w jednych z nich niema dokładnej wiadomości o tem, iż ojciec przed zapłodnieniem matki nie przebywał kiły, w pozostałych zaś czterech przypadkach nic zgoła nie wspomina się o stanie zdrowia ojca, który zresztą wcale nie był znanym.

Behrend[2]) spostrzegał dwa przypadki rzekomego śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą od matki. Pierwszy tyczył się dziecka, które urodziło się zdrowe i nie wykazywało w pierwszych tygodniach żadnych oznak kiły, po upływie jednak miesiąca dostało podejrzanych wyrzutów na skórze. Wobec tak późnego pojawienia się objawów chorobowych u zdrowego i dobrze odżywionego dziecka, wziąwszy też pod uwagę i tę okoliczność, iż wymienione dziecię wnet po przyjściu na świat oddano w cudzą opiekę, gdzie pozostało w przeciągu trzech miesięcy, można przypuścić, iż w tym przypadku dziecię nabyło kiły zkądinąd już po przyjściu na świat. Dodać tu jeszcze należy, iż przy obdukcyi dziecka znaleziono tylko osutkę plamistą tułowia i kończyn, oraz wykwity pokryte strupkami na dłoniach i podeszwach, innych zaś zmian kiłowych nigdzie nie wykazano. W drugim przy-przypadku Behrenda ojciec zaraził matkę w 4-ym miesiącu ciąży, urodzone w 5 miesięcy później dziecko umarło po trzech tygodniach z ospy; obok tego miało jednak na dłoniach i podeszwach rozrzucone grudki i krostki, w sąsiedztwie zaś skóra łuszczyła się. I tego przypadku nie możemy zaliczać do rzędu przypadków, dowodzących łożyskowego zarażenia się płodu kiłą, ponieważ stan zdrowia matki dokładnie zbadano dopiero w końcu ciąży i już wtedy wykazano obecność ogólnych zmian kiłowych, o poprzednim zaś stanie jej zdrowia i o całym przebiegu pierwszego okresu kiły u matki wiadomo litylko z opowiadania. Oprócz tego możliwem byłoby tu zarażenie się niemowlęcia już po urodzeniu się, nadto zaś kiłowy charakter objawów u dziecka był nieco wątpliwym i zmiany na skórze mogły pochodzić z ospy.

Dwa przypadki przytoczone przez Lutanda[3]) nie udowaduiają też wcale śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą, albowiem w przypadkach wymienionych ojcowie przebywali kiłę przed zapłodnieniem matek, a więc choroba nie była wrodzoną, lecz dziedziczną i udzieliła się potomstwu za pośrednictwem zakażonego nasienia, nie zaś za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi.

W spostrzeganym przez Engla[4]) przypadku powstaje powątpiewanie co do kiłowej natury objawów chorobowych u dziecka. Przypadek tyczył się zdrowego przedtem ojca, który w dwa miesiące po zapłodnieniu matki, nabył kiły i udzielił jej następnie swej żonie; u dziecka wystąpiła na pośladkach osutka, złożona z ciemnoczerwonych wykwitów, oraz nieżyt nosa; objawy wymienione po zastósowaniu swoistego leczenia wnet ustąpiły i dziecko przyszło wkrótce do zdrowia.

[1]) Wiener medic. Wochenschrift. 1880. 30. 31. 32. str. 837, 865, 894.
[2]) Beiträge zum Kapitel der hereditären Syphilis. Würzburg. 1880. str. 9, 10—12, 16 i 20.
[3]) France médicale 1882. 6. str. 62—63. 66.
[4]) American Journal of Obstetrics. 1882. Oct. str. 961—972.

Dwa przypadki opisane przez Maksymiliana Zeissla[1]) mogłyby świadczyć stanowczo o tem, iż nabyta przez matkę w ciąży kiła może udzielać się płodowi przez łożysko. Pierwszy przypadek Zeissla tyczył się 36-letniego mężczyzny, który zaraziwszy się przy spółkowaniu z kobietą kiłową, w 41 dni później dostrzegł stwardniały wrzód na członku, następnie zaś wystąpiły u niego ogólne objawy na skórze i błonach śluzowych. Nie wyleczywszy się ze swej choroby i powróciwszy do swej żony, która wtedy była już od 6 miesięcy brzemienną, spółkował z nią pomimo wyraźnego zakazu lekarza. Skutkiem tego wytworzył się u jego żony w 7-ym miesiącu ciąży pierwotny objaw na lewej małej wardze sromnej; po upływie zaś 4-ch tygodni wystąpiła u niej osutka plamista kiłowa. W kilka tygodni później chora urodziła donoszone dziecię, które już jedenastego dnia miało wyraźne objawy kiły na skórze mimo, iż matkę w końcu ciąży leczono wcieraniami szaruchy.

W drugim przypadku Zeissla 28-letni kupiec, nabywszy kiły po zapłodnieniu żony, zaraził ją w 2-im miesiącu ciąży. Wkrótce potem wystąpiły u niej objawy kiłowe; u dziecka, które urodziło się zdrowe i donoszone, na ósmy dzień już wytworzyły się na dłoniach i podeszwach liczne pęcherze, obok tego pojawiły się kłykciny sączące w ustach i plamista osutka na skórze tułowia. Jakkolwiek w opisanych przez Zeissla przypadkach stan zdrowia rodziców i dziecka i cały przebieg choroby najdokładniej był zbadanym, zachodzi jednak wątpliwość co do właściwego ojca dzieci kiłowych, które mogły pochodzić od nieprawego rodzica, a że podobne podejrzenie może mieć pewne podstawy, dowodem znany przypadek Ricorda[2]) tyczący się pewnej zdrowej kobiety, która wydała na świat kiłowe dziecię pomimo, iż mąż jej był też zdrowym i nie przebywał nigdy kiły. Dopiero później wykryło się, zkąd pochodziła choroba dziecka; okazało się bowiem, iż rzeczywistym ojcem dziecka nie był mąż jego matki, lecz jej kochanek, który oddawna już dotknięty był drugorzędną kiłą. Przytoczony przypadek, zapewne nie jedyny, wskazuje na niepewność wywiadów w tych spostrzeżeniach i zmusza nas do wielkiej oględności przy wysnuwaniu wniosków, opartych na wskazówkach i opowiadaniach chorych i osób ich otaczających, gdyż wprowadzają one nieraz w błąd lekarza, bądź nieumyślnie przez niewiadomość, bądź też z umysłu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Arnold Pollatschek: **Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1893.** Bearbeitet und herausgegeben von ..... V. Jahrgang. Wiesbaden 1894. str. 328. Cena 6 marek.

Autor, zamieszkały i praktykujący w Karlsbadzie, używa czasu zimowego, wolnego od praktyki zdrojowej, do pisywania zbiorowej a dla praktyki użytecznej pracy. Od roku 1889. ogłasza on corocznie w książkach, obejmujących przeszło 300 stronnic zbiór dobrze uporządkowanych referatów z prac terapeutycznych ogłoszonych w przeciągu każdego roku. Całkowicie uwzględnionem znajduje się piśmiennictwo niemieckie węgierskie i czeskie, którymi to językami autor włada biegle. Publikacye zaś francuskie, polskie i rosyjskie napotyka się

[1]) Allgem. Wiener mediz. Zeitung 1879. 50, 51. str. 542 i 555; Wiener mediz. Presse. 1884. 20. str. 628—630.
[2]) Behrends Syphilidologie, N. R. 1861. III. str. 170—171.

o tyle, o ile one znajdują się umieszczone w referatach niemieckich. Układ dzieła jest abecadłowy i rozpoczyna się od *Abrastol* a kończy na *Zahnkrankheiten*. Nie należy jednak mniemać, że cała książka nie jest niczem innem, jak słownikiem terapeutycznym. Tylko leki z osobna jak *Absinthin*, *Agathin*, *Aristol* i t. d. mają układ słownikowy, dla chorób zaś, każdej z osobna, znajdujemy zebrane razem w jedną całość wszystkie w roku 1893. ogłoszone sposoby lecznicze. N. p. pod wyrazem *lupus* czytamy o skombinowanem leczeniu mechaniczno-chemiczno-termicznem Veiela, jakoteż o metodzie Thierscha za pomocą transplantacyi skóry; pod wyrazem *malaria* znajdujemy wszystkie zabiegi lecznicze tyczące się tej choroby, jak leczenie błękitem metylenowym, arsenem, nastojem z *helianthus annuus* i t. d.

Zestawienie obejmuje nietylko choroby wewnętrzne, lecz i referaty ze wszystkich działów nauk lekarskich, któreby lekarzowi praktycznemu mogły być użyteczne. Z chirurgii znajdujemy między innemi ustępy: antyseptyka i aseptyka, chirurgia żołądka, jelit, pęcherza, nowotwory, narkoza, choroby pochwy, macicy i t. d. Z chorób wenerycznych, skórnych n. p. wyprysk, wiewiór, kiła. Z okulistyki: zaćma, choroby rogówki i t. d. Z higieny prace o desinfekcyi. Dzieło robi w całości wrażenie praktycznego i krytycznego zmysłu autora, chociaż co do krytyki autor jest ostrożnym a posługuje się zręcznie zdaniem referentów z rozmaitych czasopism, z których referatów korzysta w różnych miejscach. Dodać jeszcze należy, że autor z korzyścią dla czytelnika pominął wszystkie publikacye wątpliwej wartości. Wszędzie znajdujemy podane dokładnie źródła, z których autor czerpał; to też praca Dra Pollatschka oddaje dobre usługi nietylko zwykłemu praktykowi, ale staje się pożądaną i dla lekarza, który chce źródłowo pracować i w szpitalu wypróbować ogłaszane metody terapeutyczne. *W. Jaworski.*

Chirurgia.

Grossmann: **Narkoza eterem.** (Z kliniki chorób kobiet Dra Landaua w Berlinie).

Uderza, że gdy w Anglii i w Ameryce narkoza eterem zdobyła sobie prawo obywatelstwa od kilkudziesięciu lat, używa się na stałym lądzie Europy dotąd chloroformu, środka porażającego nieraz serce tak, że działanie jego dopiero wstrzykiwaniami eteru, obok innych sposobów, znosić się musi. Tymczasem eter zastósowany do narkozy jest środkiem zupełnie bezpiecznym, w swem działaniu zbliża się raczej do alkoholu, jak chloroformu i gdy z jednej strony sprowadza podniecenie wielce podobne do wyskokowego, z drugiej strony nawet znaczne jego dawki serca nietylko nie osłabiają, ale je owszem krzepią. Gdy również chloroform obniża szybko ciśnienie krwi skutkiem zmniejszenia czynności serca i alteracyi ośrodków naczynio-ruchowych, to w narkozie eterem dochodzi się do powiększenia mocy tętna, ciśnienia krwi, jak niemniej szybkości obiegu krwi, co też jest ważnym czynnikiem w tem żywszej wymianie gazów oddechowych.

Wedle zestawień Gurlta, zdarzał się w latach 1890—1892 jeden przypadek śmierci na 2574 usypiań chloroformem, natomiast jedyny skon na 8433 narkoz eterem, a i ten przypadek wystąpił u człowieka, już poprzednio osłabionego z przyczyny urazu, w następstwie którego amputowano mu oba przedramiona; śmiertelność z chloroformowania wzrosłaby jeszcze bardziej, gdyby się w zestawieniu nie posługiwano wyłącznie cyframi z klinik a wzięto pod uwagę i niekorzystne wyniki w praktyce prywatnej.

Usypianiu chloroformem towarzyszy ustawiczny niepokój i ztąd emocya dla operatora nawet w dobrze urządzonych klinikach przy pomocy dbałej asysty; cóż dopiero mówić o lekarzu na prowincyi, który często nawet drugiego kolegi nie ma do pomocy a skutki nieszczęśliwej narkozy odbijają się na nim niestósunkowo bardziej, niż na operatorze klinicznym.

Że narkoza eterem nie przyjęła się dotąd, należy szukać przyczyny w trudniejszej technice i powolniejszem jej działaniu, niemniej w braku ufności do metody, u nas dotąd na równi z chloroformową nie wypróbowanej.

Narkozy dokonywa się za pomocą maski Julliarda (z Genewy) trzy razy większej od zwykłej chloroformowej, osłoniętej z zewnątrz nieprzepuszczalną materyą a wysłanej na wewnętrznej stronie flanelą. Zrazu nalewa się na maskę do 20 cm. sz. eteru, trzymając ją nieco zdala, aby usypiany mógł przyzwyczaić się do ulatniającego się eteru; po upływie pół minuty przykłada się maskę szczelnie i dolowa się do 30 cm. sz. eteru, uważając, by się z pod maski na zewnątrz nie ulatniał. Przy pierwszych wdechaniach eteru przyspiesza się rytm oddychania, które staje się zarazem powierzchownem, prawdopodobnie sposobem odruchowym skutkiem podrażnienia nosa; niekiedy przyłącza się chwilowo i kaszel. W okresie podniecenia oddech bywa regularny, przyspieszony lub przerywany skutkiem kurczu mięśni oddechowych; chorzy sinieją a mięśnie kończyn przechodzą w podobne jak w tężcu stężenie (*tetanische Starre*). Stan ten na pozór zatrważający przemija sam przez się lub przez mocne podrażnienie skóry. Nastaje okres osłabienia napięcia mięśni, oddychanie staje się głębsze, nawet charczące, skoro w gardle nagromadziła się obfita ilość śluzu, przez zmięszanie zaś jego z powietrzem wytwarza się na ustach biała piana.

Po pierwszych też wdechach występuje sinica skutkiem rozszerzenia się naczyń włosowatych skóry, widoczna zwłaszcza na twarzy, niemniej jak i nastrzykanie spojówek oka, obfita sekrecya błony śluzowej jamy ust i nosa a w dalszym ciągu krtani i tchawicy.

Osoby usypiane eterem doznają uczucia duszenia; ztąd oddychają rzadko a powierzchownie, póki potrzeba powietrza nie zmusi ich do głębokiego oddechu; inne a zwłaszcza dzieci i osoby nerwowe popadają w stan podrażnienia, krzyczą, rzucają się, chcą siadać itp., przez co tylko wykonywają głębsze wdechy i tem prędzej zasypiają.

W klinice Landaua (w Berlinie) używa się maski Wanschera, w postaci półkulistego lejka o brzegu kauczukowym, pokrywającego nos i usta; z lejkiem łączy się kauczukowy woreczek, obejmujący 50 do 100 grm. eteru. Maskę taką przysuwa się pacyentowi ku twarzy a skoro on dobrze znosi ulatniający się eter, t. j. skoro oddech skutkiem skurczu nie zaprze się, przykłada się ją szczelnie brzegiem kauczukowym do ciała dla zapobieżenia ulatnianiu się eteru, który, jako cięższy od powietrza atmosferycznego łatwo się dostaje na zewnątrz i opadu ku dołowi. Z woreczka gumowego, zwisającego na zewnątrz, wytrząsa się rytmicznie eter, który dostaje się do lejka, gdzie mięsza się z dopływającem górą powietrzem i tak bywa wdychany przez pacyenta w coraz to większem zgęszczeniu, dopóki rogówka nie przestanie oddziaływać na znak zupełnej narkozy. Z tą chwilą można maskę usunąć, jednak nie na długo, gdyż eter prędzej przestaje działać, niż chloroform a uśpiony wnet się budzi. Można też maski wcale nie usuwać a wtedy wystarcza samo ulatnianie się eteru do podtrzymania narkozy.

Posługując się przy usypianiu metodą stopniującą w użyciu dopływ eteru (maska Wanschera), dochodzi się do zupełnej narkozy w 14 do 20 minut; przy zastósowaniu maski Juilliarda (t. z. metodą genewską) już w kilka minut; można wszakże i przy narkotyzowaniu pierwszym sposobem dojść do tegoż rezultatu przez ciągłe wstrząsanie woreczkiem z eterem, jak to zwłaszcza jest wskazanem u chorych, podczas narkozy zachowujących się zbyt niespokojnie. W każdym razie nie należy nadużywać tego sposobu, gdyż narkoza w tym razie, szybko do stanu asfiktycznego prowadząca, nigdy nie jest tak równa i spokojna, jak przy powolnem wdychaniu eteru z równoczesnym dopływem powietrza.

Pary eteru sprawiają odruchowo kurczowe zwężenie krtani, znieczulenie łuków podniebiennych, podstawy języka i nagłośni, nadto przez bezpośrednie podrażnienie błony śluzowej przewodu oddechowego, zwiększają zarazem jej wydzielinę, co wszystko staje się przyczyną głośnego i charczącego oddychania. Zrazu już mała ilość wdychanego eteru

sprowadza odruchowo kurczowy bezdech; w dalszym ciągu narkozy pacyent eter łatwiej znosi tak, że wreszcie dochodzi się do chwili, w której przez mocne wstrząsanie woreczka doprowadza się usypianemu zgęszczone pary eteru bez żadnej reakcyi z jego strony. Należy wszakże utrafić miarę, by nie doprowadzać za wiele eteru ani też za mało, gdyż przez to przedłuża się narkozę, a doprowadzać tylko tyle właśnie, ile usypiany znosi dobrze.

Badanie oddruchu rogówkowego jest wskazane, jednak często zawodzi równie, jak przy narkozie chloroformowej; w takim razie trzeba kierować się napięciem mięśni.

Pary eteru wypierają powietrze a ztąd wnet występuje brak tlenu, doprowadzający do stanu asfiktycznego; twarz sinieje a krew na polu operacyjnem staje się ciemną. Stan ten przy usypianiu chloroformem powstając nie tyle z braku powietrza, jak raczej z osłabienia czynności serca, zatem wprost alarmujący, tu nie jest niebezpiecznym a ma znaczenie takie, jak sinica przy utrudnieniu oddychania skutkiem mechanicznych przeszkód, jak np. błon dławcowych. Dla ułatwienia oddechu zwraca się twarz na bok, przezco zapobiega się opadaniu języka i ułatwia wymioty, dalej podciąga się szczękę a to raczej nie zwykłym sposobem za kąty szczęki dolnej ku przodowi, ale lepiej ku górze trzema hakowato zagiętymi palcami jednej ręki, której palec wielki i wskazujący przytrzymują równocześnie maskę.

Kontrola tętna przy narkozie eterem jest prawie zbyteczna, gdyż dowiedzioną jest rzeczą, że eter nigdy nie poraża ośrodków sercowych przed ośrodkiem oddechowym, jak to nieraz robi chloroform. Korzystny wpływ eteru na czynność serca uwydatnia się zwłaszcza u osób niedokrewnych, jak również w przypadkach chorób serca, w których stanowczo eterowi należy się pierwszeństwo przed zabójczym częstokroć w tych razach chloroformem.

Silne skurcze przepony, jakie można było widzieć przy laparotomiach, dokonywanych w narkozie eterem, mogą wystąpić raz na początku usypiania, jako odruch na zbyt zgęszczone pary eteru, powtórnie w okresie podniecenia, wreszcie nawet już w głębokiej narkozie, jako objaw asfiksyi. W pierwszym razie dopuszcza się powietrze, w drugim przeciwnie zwiększa się dawkę eteru, w ostatnim przypadku, trafiającym się w razie nieuważnego narkotyzowania, należy starać się o przywrócenie swobodnego oddychania zapomocą powyż podanych sposobów.

Na nerki narkoza eterem nie wywiera żadnego niekorzystnego wpływu.

Zapalność eteru wymaga ostrożności z ogniem, zwłaszcza poniżej stołu operacyjnego, dokąd pary eteru, jako cięższe od powietrza najłatwiej się opuszczają.

Niemiły posmak eteru, jak niemniej skłonność do wymiotów występują tu rzadziej i trwają krócej, niż po chloroformie.

Przeciwskazanem jest użycie eteru w obec znaczniejszego nieżytu oskrzeli ze zwiększeniem się wydzieliny, jak w ogóle we wszystkich przypadkach, w których oddychanie a więc i dopływ tlenu są utrudnione, więc w obec rozedmy, nacieków płuc, wysięków, przeszkód mechanicznych w krtani lub tchawicy i t. p. (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3 i 4. 1894). *Dr. Leopold Kosiński.*

Zapiski terapeutyczne.

— Bewerly Robinson (z Nowego Jorku): Leczenie przypadowe zapalenia płuc dławcowego. Ponieważ leczenie prostego, niepowikłanego zapalenia płuc ogranicza się do działania na pewne groźne przypady, między którymi najważniejszemi są zbytnia gorączka i osłabienie serca, przeto autor zwraca swe usiłowanie lecznicze przedewszystkiem przeciw tym dwom przypadom.

Co się tyczy gorączki, nie używa autor w ogólności żadnych, obecnie modnych środków przeciwgorączkowych ani tojadu *(aconitum)*, ponieważ uważa je za niebezpieczne z przyczyny osłabiania przez nie czynności serca. Jedynym środkiem przeciwgorączkowym, którego autor czasem używa, jest fenacetyna, działająca skutecznie na podmiotowy stan chorych.

Na samym początku choroby przepisuje autor bardzo chętnie octan amonowy (*ammonium aceticum*), który przez podniecanie potów miarkuje nawał krwi do płuc, następnie zadaje kermes (po 2 miligramy co 2 godziny), który działa bardzo pomyślnie na gorączkę i na nawał krwi do płuc, również daje chorym dosyć często wyskok. Nakoniec w przypadkach cięższych używa autor z dobrym skutkiem kąpieli zimnych w łóżku chorego, które sporządza się bardzo po prostu w ten sposób, że podkłada się pod chorego duże płótno gutaperkowe, którego brzegi wywija na warstwy bielizny stosownej grubości. W ten sposób otrzymuje się zaimprowizowaną wannę, zawierającą dostateczną do pożądanego skutku ilość wody. Według doświadczeń autora kąpiele zimne wpływają bardzo pomyślnie na bredzenie w zapaleniu płuc.

Przeciw osłabieniu serca zadaje autor nitroglicerynę, wstrzykuje podskórnie strychninę, daje kokę, naparstnicę, mocną kawę czarną, napoje wyskokowe a w ostateczności puszcza krew.

Zdaniem autora powinien chory na zapalenie płuc pić dużo wody (w rozmaitej formie), ponieważ woda sprzyja wydzielaniu się z ustroju wytworów trujących choroby. Wyskoku, który w przeważnej części przypadków zapalenia płuc działa korzystnie jako środek podniecający i zwalniający naczynia obwodowe, nie powinno się używać u osób krwistych, u których natomiast zaleca się bardzo kalomel w małych dawkach.

W dyskusyi nad tym odczytem mianym na kongresie lekarzy amerykańskich co właśnie odbytym zwrócił uwagę G. Peabody, że w zapaleniu płuc nie można zapominać jeszcze o dwóch przypadach, bezsenności i bólu, na które wbrew mniemaniu dosyć ogólnemu działają dobrze wstrzykiwania podskórne morfiny raz lub dwa razy na noc po centygramie.

Zdaniem I. Wilsona na bóle i niespokój chorych działa bardzo dobrze proszek Dowera w dawce od 12 do 18 centygramów co 2 lub 3 godziny a co się tyczy kąpieli, jest Wilson zdania, że lepiej od nich działają obmywania wodą zimną. (*La semaine médicale* 20. Czerwca 1894).

— Nowa mięszanina usypiająca. Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu w dniu 19. Czerwca r. b. zwrócił uwagę Laborde na trudności znane powszechnie utrzymania chloroformu w dobrym stanie i na małą przydatność dodawania doń 1% alkoholu tak, że tenże sam chloroform, przechowany w różnych flaszkach, okazuje się w jednych dobrym, w drugich złym. Meillère zaradza tym brakom chloroformu w ten sposób, że dodaje do chloroformu nadmanganezanu potasowego a po wytrawieniu przez 10 minut dodaje $^1/_{10}$ lub $^2/_{10}$ eteru i wszystko to przepędza (destyluje), odrzucając na bok pierwszą i ostatnią piątą część.

Doświadczenia na zwierzętach z otrzymaną tym sposobem mięszaniną eteru i chloroformu przekonały, że nie wstrzymuje ona czynności serca i narządu oddechowego, że zwierzę zasypia po kilku minutach i zostaje w uśpieniu przez 40 minut bez żadnej komplikacyi.

Doświadczenia Reyniera na ludziach przekonały, że przy użyciu mięszaniny, o której mowa, nie ma żadnego okresu podniecenia. (*La médecine moderne* 20. Czerwca 1894).

— W nieżycie oskrzelowym u dzieci zalecają Escherich i Loos:

76) Rp. *Cort. chinae fuscae* 5·00—10·00
Aquae destil. q. s.
F. l. a. dctum 100·00
Cui adde
Liquoris ammonii anisati 0.50—1·00
Cognac veteris
Syrupi simplicis $\widehat{aa}$ 10·00

MDS. Po łyżeczce deserowej zadawać co 2 godziny.

Lek ten jest wskazany w ostrym okresie, gdy gorączka jest znaczna a stan ogólny ciężki. W razie upadania czyn-

ności serca można dodać *coffeini citrici* od 0·50 do 1·00 lub *camphorae tritae* od 0·10—0·20.

Gdy nieżyt oskrzelowy stał się już przewlekłym, zadaje się olejek terpentynowy czysty (*oleum terebinthinae rectificatum*) w mleku po 3 do 5 kropel trzy razy dziennie a prócz tego po kilka razy wziewania z 10 kropel tegoż olejku.

U dzieci większych zapisują wymienieni jako środek wykrztuśny:

77) Rp. *Sulfuris aurati antimonii 0·02—0·10*
Sacchari albi 0·50
M. f. p. Dentur tales pulveres 10

S. Co 2 (lub 3) godziny zażywać po proszku.

— W krzywicy (*rhachitis*) zaleca się zażywanie wewnętrzne:

78) Rp. *Calcii carbonici praecipitati 32·00*
Calcii phosphorici 15·00
Ferri lactici 3·00
Sacchari lactis 50·00
M. f. p.

— W celu oczyszczenia narzędzi z rdzy zaleca Sänger włożyć je na noc do wysyconego rozczynu chlorku cynkowego a następnie do gorącego, zgęszczonego roztworu mydła sodowego, wysuszyć i oczyścić wyskokiem bezwodnym i kredą. Jeszcze prostszym środkiem do usunienia rdzy jest zwykła nafta. (*Asepsis in der Geburtshülfe und Gynaekologie*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krak.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Marca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 48.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący wezwał obecnych do oddania ostatniej czci zmarłemu członkowi czynnemu Towarzystwa, Drowi Palecznemu Bronisławowi. (Zgromadzeni powstali).

3) Kol. przewodniczący przedstawia wniosek Komitetu, ażeby resztę długu zaciągniętego przez Towarzystwo przed 3-ma laty w celu przyjęcia gości podczas Zjazdu a spłaconego dotychczas przez członków pokryć z sumy, będącej w rozporządzeniu Towarzystwa, w ilości, jaka pozostanie z dniem 1-szym Lipca r. b. — Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

4) Kol. przewodniczący okazał nadesłane książki i broszury.

5) Kol. przewodniczący w myśl odezwy otrzymanej od Komitetu Zjazdowego ze Lwowa, poleca w gorących słowach Zjazd tegoroczny pamięci kolegów, wyrażając nadzieję, iż każdy z członków według sił i możności udział w nim wziąć będzie usiłował.

6) Kol. Domański, jako sprawozdawca Komisyi słownikowej, zawiadamia, iż dla różnych okoliczności niesprzyjających działalność Komisyi nie mogła się rozwinąć i proponuje zmniejszony w skutek choroby członków skład tej Komisyi uzupełnić przybraniem dwóch nowych w osobach kol. Cybulskiego i Kwaśnickiego.

Po dłuższej dyskusyi, w której wzięli udział koledzy: Kwaśnicki, Rydygier, Zarewicz, Głuziński, Kryński, Jordan i Domański, propozycyę tego ostatniego przyjęto.

7) Kol. Rosner Antoni przedstawia kobietę ze swej kliniki dermatologicznej z chorobą skóry na policzku prawym. Znaleziono sześć wyniosłości czerwonych wielkości grochu a dochodzących do wielkości orzecha laskowego, okazujących chełbotanie, niebolesnych a osadzonych około obrzęku spłaszczonego, który w środku ma mały otwór, wydzielający ciecz ropną. Oprócz tych wyniosłości czuć w głębi policzka dwa obrzęki wałkowate, płaskie, twarde i niebolesne, drążące wgłąb jeden ku szczęce górnej, drugi ku dolnej. Wypustki te równie dobrze czuć od strony wewnętrznej policzka. Choroba rozpoczęła przed 8 miesiącami wytworzeniem się guzka małego, czerwonego w środku policzka, w miejscu spłaszczonego obecnie obrzęku. Około tego guzka zaczęły tworzyć się inne, które zarówno jak środkowy, nie sprawiały chorej bólu. Obraz podobny do tego z różnych przyczyn powstać może i tak: w przebiegu *sycosis parasitaria*, kiły trzeciorzędnej, *scrophuloderma* i wreszcie ropni zostających w związku z zapaleniem ropnem okostnej wskutek psucia się zęba. Nie trudno było wykluczyć te choroby a po wykluczeniu sama przez się nasuwa się myśl o promienicy (*actinomycosis*); mówca wprawdzie na skórze nie widział promienicy nigdy, ale tu bardzo łatwo można było ją rozpoznać już po tych charakterystycznych, drobnych, żółtawych grudkach w ropie, które badane pod mikroskopem dały obraz wybitny promienicy w różnych okresach rozwoju.

Wiedząc z piśmiennictwa, jak nadzwyczaj rzadko promienica pierwotnie rozwija się w skórze, szukałem źródła choroby w jamie ustnej. Znalazłem dwa zęby spróchniałe a na jednym z nich obrzmienie twarde, niebolesne w obszarze bardzo małym szczęki górnej, ograniczającym się tylko do jednego zęba spróchniałego. W najbliższem sąsiedztwie tego nieznacznego obrzmienia czuć bardzo dokładnie owe wypustki twarde, o których już wspomniałem. Chora podaje, że w ostatnich 3 latach nie cierpiała na ból zębów i wogóle nie doznawała żadnej dolegliwości w jamie ustnej. Przed 5 laty przyłączyło się do bólu zębów mocne obrzmienie szczęki tak górnej jak i dolnej, które ustępywało zwolna. Mimo to twierdzenie chorej nie ulega według mówcy żadnej wątpliwości, że u niej promienica początek swój wzięła od jamy ustnej. Że zmiany w jamie ustnej są bardzo drobne w porównaniu ze zmianami na skórze, nie dowodzi niczego wobec znanych w literaturze przypadków promienicy skóry na twarzy, w których niekiedy bardzo trudno a w innych nawet wprost niepodobna było wykazać pochodzenie cierpienia z jamy ustnej. (Sprawozdanie własne).

W dyskusyi oświadcza kol. Obaliński, że nie uważa tego przypadku za promienicę czysto skórną, gdyż naciek w skórze ciągnie się dalej w głąb do samego dziąsła, gdzie widać brak zęba a tylko sterczy kawał korzenia. Sprawa więc prawdopodobniej wyszła z jamy ust i przez ząb i około niego przeszła na policzek i skórę, w której utworzyła obszerniejsze ogniska. Ogólnie daje się dostrzedz w promienicy dążenie sprawy chorobowej do wydobycia się na zewnątrz. Tak n. p. w jednym przypadku promienicy skóry brzucha, operowanym z dobrym skutkiem przez mówcę, gdzie zajętą była wyłącznie tylko skóra i żadnego związku choroby z narządami wewnętrznymi wykazać nie było można, dopiero ściślejsze wypytywanie się chorego wykryło, iż niegdyś utworzyła się w ścianie brzusznej przetoka, przez którą wyszła na zewnątrz glista. Wkrótce potem zagoiło się wszystko a później dopiero powstały na tem miejscu w skórze owrzodzenia promienicze.

Kol. Rosner zgadza się zupełnie i sam nie uważa bynajmniej danego przypadku za cierpienie pierwotne skóry, jak to zaznaczył w przemówieniu.

Kol. Szymkiewicz zwraca uwagę, iż nigdy jeszcze nie wykazano grzybka promienicy w samym zepsutym zębie; przypuszczać więc należy, iż sprawa posuwa się tu koło zęba w dziąśle.

Kol. Rydygier przypomina przypadek Israela, przedstawiony na jednym ze Zjazdów chirurgów niemieckich, gdzie była promienica płuc, w których w jednem ognisku znaleziono kawałek spróchniałego zęba zawierającego wewnątrz grzybki promienicze.

Kol. Bujwid widział w Warszawie w klinice prof. Kosińskiego przypadek promienicy, gdzie ognisko chorobowe znajdowało się pod zębem. Wogóle mówiąc badanie w tym względzie jest trudne i nieznalezienie grybka w zębie nie wyklucza bynajmniej możności, aby on właśnie nie był pierwotnem ogniskiem zakażenia.

8) Kol. Pieniążek przedstawia chorego, u którego wykonał laryngofisurę z przyczyny zwężenia krtani po zapaleniu ochrzęstnej powstałego a połączonego z utratą chrząstki nalewkowej lewej i nieruchomością obu stron. Podczas operacyi wyciął mówca strunę głosową lewą; przewidując jednak, że może to jeszcze nie wystarczać, nie zeszył rany, lecz zostawił ją otwartą, aby w razie potrzeby bez ponownej laryngofisury módz wyciąć strunę prawą. Istotnie potrzeba ta zaszła i trzeba było wyciąć strunę prawą a później jeszcze resztę wtłaczającej się tkanki z boków krtani, co dało się z łatwością wykonać po rozwarciu brzegów tarcz. Obecnie wynik co do oddechania jest dość dobry; co zaś się tyczy głosu, to pomimo braku strun chory mówi zupełnie wyraźnie, choć chrapliwie, i głos nawet nie jest zupełnie pozbawiony dźwięku. Pozostałą dotychczas w krtani szczelinę mówca wkrótce zeszyje po odświeżeniu jej brzegów, co tu nie przedstawi żadnych trudności. (Sprawozd. własne).

9) W dyskusyi nad odczytem kol. Rydygiera *Z chirurgii żołądkowo-jelitowej*, mianym na poprzedniem posiedzeniu zabrał głos kol. Korczyński Edward co do dwóch pierwszych przypadków przez prelegenta demonstrowanych.

Pierwszy przypadek (Berek Bienenstock), obserwowany poprzednio w klinice lekarskiej a w klinice chirurgicznej poddany operacyi wycięcia odźwiernika dzięki uprzejmości kol. Rydygiera od 24. Lutego znajduje się powtórnie w klinice lekarskiej w celu dalszego badania skutków zabiegu operacyjnego. Chory ten, lat 48 liczący, od 6 lat okazywał przypady wrzodu żołądka a do kliniki lekarskiej przybył z przypadami zwężenia odźwiernika bardzo znacznego stopnia, z niezwykle wielką rozstrzenią żołądka i z odżywieniem znacznie podupadłem. Dolna granica żołądka sięgała na 2 cm. po nad pachwinę lewą, 4 cm. po nad spojenie łonowe; żołądek dobrowolnie nie wypróżniał się nigdy, przez przepłukiwanie bardzo trudno było uwolnić go zupełnie od zalegającej treści, która obok znacznej ilości kwasu solnego zawierała bardzo wielką ilość sarcyny. W wymiocinach stopień kwaśności dochodził do 100.— Niedokrewność znaczna, wychudnienie takie, że ciężar ciała wynosił tylko 40·400 kilgrm. Wśród przepłukiwań wodą karlsbadzką stan chorego poprawił się tak co do dolegliwości podmiotowych, jakoteż co do ciężaru ciała, który powiększył się do 46 klgr. Operacyę wykonano w dniu 3. Stycznia 1894. Wynik operacyi nazwać należy w całem tego słowa znaczeniu ś w i e t n y m. Jak to zawsze bywa, mechanizm żołądka skutkiem usunięcia przeszkody w odźwierniku poprawił się znacznie: już przy pierwszem badaniu, w dniu 18. Lutego dolna granica żołądka sięgała tylko na 5 cm. niżej pępka w linii środkowej ciała a w żołądku zalegała tylko mała ilość pokarmów. Kwasota żołądka zmniejszyła się znacznie a sarcyna znikła zupełnie. Ciężar ciała powiększył się do 53·250 kil. W ciągu obserwacyi ponownej w klinice lekarskiej począwszy od 24. Lutego przy przepłukiwaniach dalszych wodą karlsbadzką objawy kataru kwaśnego żołądka maleją coraz bardziej. Będzie rzeczą bardzo zajmującą, jak przy dłuższej obserwacyi zachowywać się będzie chemizm żołądka, naprzód już bowiem przypuścić można, że mimo usunienia niedrożności odźwiernika trzeba dłuższego czasu do skrzepienia się należytego błony mięsnej żołądka i do wyrównania zboczeń w wydzielaniu soku żołądkowego. Co do tego ostatniego, to nie należy zapominać, że zmiana w wydzielaniu soku żołądkowego jest tu następstwem zmian anatomicznych w błonie śluzowej żołądka i że objawy kataru kwaśnego, którego znaczenie we wrzodzie żołądka określiliśmy pierwsi z kol. Jaworskim, potrzebują dłuższego czasu do ustąpienia doszczętnego, jeżeli ono w ogóle nastać może, o czem jeszcze nie wszyscy autorowie dostatecznie są przekonani.

W każdym razie przypadek ten w wysokim stopniu zachęca, by zabieg operacyjny we wrzodzie żołądka wykonywać częściej, niż to obecnie jeszcze dzieje się, a pod względem naukowym zachęca do dalszych badań, jak po należycie wykonanych wycięciach odźwiernika zachowuje się mechanizm i chemizm trawienia.

(P r z y p i s e k w d n i u 21 Marca. Obecnie przy zastósowaniu od dnia 7. Marca odpowiedniej dyety bez żadnych leków i bez przepłukiwań żołądka dolna granica żołądka w linii środkowej ciała sięga tylko na 2 cm. niżej pępka a objawy kataru kwaśnego żołądka ustąpiły prawie zupełnie. Ciężar ciała doszedł do 54·650 klgr.).

Drugi przypadek (Magdalena Niecarowa) operowana w klinice chirurgicznej przez kol. Rydygiera w dniu 31. Stycznia b. r. z powodu nowotworu wychodzącego z tylnej ściany żołądka, przeniesiona została do kliniki lekarskiej w dniu 26. Lutego. Jak w poprzednim przypadku wynik resekcyi odźwiernika nazwać należy świetnym, tak w tym przypadku śmiało twierdzić można, że gastroenterostomia osiągnęła w zupełności cel zamierzony. Ponieważ brakuje nam tu dat do porównania a obserwacya dotychczasowa w klinice lekarskiej jest jeszcze za krótka, to tylko stwierdzić dotąd można, że i w tym przypadku rozmiary żołądka maleją wśród obserwacyi.

(P r z y p i s e k w d n i u 21. M a r c a. Granica dolna żołądka coraz bardziej podnosi się w górę a ciężar ciała chorej nie zmniejsza się. (Sprawozdanie własne).

(Dokończenie nastąpi).

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Niepomyślne stósunki sanitarne większej części krajów Europy, obawa przed postępem cholery w jesieni roku zeszłego zmusiły Komitet wykonawczy XI. Zjazdu w Rzymie do posunięcia terminu Zjazdu, naznaczonego pierwotnie na 24. Września 1893 roku, o pół roku naprzód. Oprócz tych „urzędowych“ motywów do odłożenia Zjazdu przyczynił się także w znacznym stopniu chronicznie niepomyślny stan finansów włoskich, niedozwalający na wykończenie ogromnych gmachów polikliniki, budującej się od roku 1888. i będącej „dumą i radością medycyny włoskiej“ a przeznaczonej na miejsce posiedzeń kongresowych. Objęcie steru ministeryum oświaty przez Baccellego, profesora kliniki lekarskiej w Rzymie i głównego inicyatora wzniesienia nowych zakładów klinicznych, posunęło budowę polikliniki o tyle, iż główny szereg jej gmachów, jakkolwiek nie urządzony jeszcze na przyjęcie chorych, był wykończony o tyle, że mógł służyć znakomicie do pomieszczenia posiedzeń sekcyjnych i biur kongresu.

Wbrew dość powszechnemu przewidywaniu odłożenie Zjazdu do wiosny roku bieżącego nie wpłynęło bynajmniej niekorzystnie na jego powodzenie. Przyznać należy Włochom, że zrobili wszystko, aby zawiadomić cały świat lekarski o terminie kongresu i zachęcić do udziału w nim.

Nie trzeba dodawać, jak wielką rolę odegrała tu ta wszechpotężna dziś w stósunkach społecznych sprężyna, zwana reklamą, która i w świecie lekarskim obszerne, częstokroć może za obszerne ma zastósowanie. Przy pomocy więc powodzi prospektów, zaproszeń, programów, afiszów rozrzucanych hojnie po wszystkich prawie zakątkach obydwóch półkul, wzywano bractwo lekarskie na to międzynarodowe święto naukowe. Oprócz obfitego *menu* naukowego, przedstawiającego się w postaci wcale grubego zeszytu ze spisem kilku tysięcy zapowiedzianych odczytów i demonstracyj, obiecywano uczestnikom moc rozkoszy duchowych i cielesnych, jakich Rzym i to tylko Rzym dostarczyć może. Jeżeli dodamy do tego znaczne zniżenie cen biletów kolejowych, zapewnienie wszelkich ułatwień i udogodnień w Rzymie, uprzystępnienie poznania nieprzebranych skarbów sztuki, zorganizowanie wycieczek i t. d. i to wszystko przy ślicznej pogodzie wiosennej i na uroczem tle krajobrazów południowych, pojmiemy łatwo, jaka wędrówka narodów odbywała się w drugiej połowie Marca ze wszech stron ku Wiecznemu Miastu.

Rzeczywiście liczba przybyłych przeszła wszelkie oczekiwania; już w dzień otwarcia dochodziła ona prawie do 7000, potem zaś przekroczyła ilość tę znacznie. Uczestników dzielono na 2 rodzaje: członków (*congressisti*) i gości (*invitati*). Do tej drugiej kategoryi należeć miały damy i nielekarze, pragnący brać udział w Zjeździe, lecz główna różnica pomiędzy obydwiema kategoryami polegała na tem, iż tamci płacili wkładki 25 franków, ci zaś tylko 10, mając jednocześnie oprócz tytułu zupełnie te same prawa. Podział ten, zdaniem mojem, zupełnie niesłuszny, powinien być na Zjaz-

dach stanowczo zarzucony. Albo ktoś, lekarz czy nielekarz, interesuje się pracami Zjazdu a więc powinien być do nich dopuszczony po zapłaceniu odpowiedniej składki, albo też wcale nie powinien mieć wstępu; najwięcej możnaby zrobić wyjątek dla żon lekarzy, pobierając od nich opłatę niższą. Urządzanie zaś oddzielnej kategoryi niżej płacących nie ma najmniejszej racyi i tylko daje pole do nadużyć dla tych, którzy przy okazyi Zjazdu chcą się tanim kosztem zabawić, zabierając w ten sposób miejsce członkom. Ci to właśnie ludzie najbardziej przyczyniają się do tego, iż strona rozrywkowa Zjazdów wysuwa się na pierwszy plan. O tej właśnie stronie dużo dałoby się powiedzieć, tembardziej, że *mutatis mutandis* tyczy się to i naszych Zjazdów.

Spotkać można niekiedy zdania, potępiające zasadniczo urządzanie zabaw, przyjęć, wycieczek, jednem słowem tę właśnie stronę nienaukową Zjazdów lekarskich; autorzy tych zdań zwykle z katońskiem oburzeniem piorunują na obniżanie powagi Zjazdów, na zatracenie cech naukowych, na demoralizujący nawet wpływ tych wszystkich rozrywek na chcących pracować na Zjeździe poważnie i naukowo. Zdanie to przesadzone i niesłuszne. Zjazdy nie przedstawiają miejsca, gdzie pracuje się we właściwem słowa znaczeniu, lecz gdzie otrzymuje się już gotowe owoce pracy naukowej drugich lub też przedstawia wyniki swojej. Właściwy więc program naukowy Zjazdu wypełnia tylko kilka godzin rannych i południowych i więcej zajmować nie może i nie powinien. Pozostałe zatem $^2/_3$ dnia obraca każdy na to, aby czas pobytu w obcem mieście spędzić jak najpożyteczniej i najprzyjemniej — i to jest ta druga strona znaczenia Zjazdów międzynarodowych; strona ta, o ile dobrze zrozumiana i wykonana, jest nie mniej ważną od pierwszej, właściwie naukowej, strona, której umiejętne urządzenie stanowić powinno zadanie Komitetu kierującego jako też i państwa czy miasta, występującego w roli gospodarza. Strona naukowa, t. j. ilość i jakość zgłoszonych odczytów, nie zależy lub zależy tylko w małym stopniu od kierujących Zjazdem; to też głównym terenem ich pracy i starań musi być ta druga część zajęć zjazdowych, w pierwszym zaś rzędzie uprzystępnienie przybyłym poznania wszystkiego, co przedstawia jakąś wartość naukową czy artystyczną. Zapominać nie należy, że właśnie Zjazdy międzynarodowe powinny także w pewnym stopniu przyczyniać się do ogólno-humanitarnego kształcenia lekarzy, które, mówmy otwarcie, tak dużo pozostawia do życzenia.

Pozostają zatem jeszcze przyjęcia w ścisłem tego słowa znaczeniu; te niewątpliwie możnaby odrzucić bez wielkiego uszczerbku dla Zjazdu, lecz tu znów wchodzą w grę inne czynniki: z jednej strony gościnność rzeczywista czy chwilowa państwa, przyjmującego u siebie Zjazd i chęć popisania się nią wobec świata, z drugiej zaś ta okoliczność, że według świetności przyjęć i całej tej, że tak powiem, dekoracyjnej strony opinia publiczna a nawet i niemała część uczestników sądzi o jego powodzeniu i wartości.

Dowód tego stanowi Zjazd rzymski. Pomiędzy głosami zarówno wyrażonymi w prasie, jak i dającymi się słyszeć tu i owdzie od uczestników, przeważał ton minorowy, ton nietajonego niezadowolenia, przechodzący częstokroć w otwarte ganienie całego Zjazdu i odmawianie mu wszelkiej wartości. Ale właściwie dlaczego? Sądzić o całej wartości naukowej Zjazdu, o sumie dorobku naukowego, tuż po jego ukończeniu jest trudno a nawet niepodobna. Ilościowo przedstawia się ona imponująco, ale też dziwić się niepodobna, że na tyle tysięcy zapowiedzianych prac, pewną i to dość może znaczną część ich stanowiły rzeczy bez wartości, częstokroć wprost tandeta lub blaga. To jednak jest zupełnie naturalne i nieuniknione: towar ten w każdej dziedzinie pracy ludzkiej istnieje i istnieć musi a nawet pod osłonką naukową śmielej wystawiony bywa na targ międzynarodowy.

Strona więc naukowa nie decydowała bynajmniej w sądzie tych głosów o wartości Zjazdu i jedynem tu kryteryum z pewnością było niezadowolenie z tej drugiej strony Zjazdu, z przyjęć i ich organizacyi, i, słuszność wyznać każe, niezadowolenie słuszne. Włosi czy to z wrodzonej chciwości, czy przez nieustający brak gotówki w kasach państwa, w przyjmowaniu gości kierowali się jedną praktyczną zasadą: urządzać jak najefektowniejsze przyjęcia, ale jak najmniejszym kosztem; gdzie zaś nieuniknione jest wystąpienie nieco obfitsze, tam niech przynajmniej korzystają z tego przedewszystkiem swoi. To też dla cudzoziemca nie będącego jakąś wysoko postawioną lub urzędową osobą, zdobycie zaproszenia na jedno z licznych przyjęć znaczne przedstawiało trudności. Sprawozdawca *Deutsche medicinische Wochenschrift* w zjadliwym swym felietonie dzieli uczestników kongresu pod tym względem na trzy kategorye: 1) takich, którzy z łatwością dostać mogli dowolną ilość kart wejścia na wszelkie przyjęcia; do tych należeli przedewszystkiem Rzymianie i Rzymianki; 2) takich, którzy poświęcając na to przynajmniej po pół dnia codzień, tłocząc się i wymyślając, co się zmieści, członkom Komitetu, nareszcie z narażeniem całości swych członków zdobywali drogocenne bilety; tych ku chwale przedstawicieli medycyny, dodaje sprawozdawca, było niezbyt wielu. Trzecią kategoryę stanowili ci, a do nich naturalnie należał ów sprawozdawca, którzy zrażeni pierwszem przyjęciem, całemu kongresowi „pokazali plecy“, zrzekając się wszelkich praw uczestnictwa, pomimo zapłaconych 25 franków; „na szczęście, dodaje on, Rzym zawsze pozostanie Rzymem i wszystkie te drobiazgi i ułomności ludzkie nie są w stanie ani na chwilę zaćmić jego blasku“.

Rzeczywiście gospodarze tegorocznego Zjazdu byli w tem wyjątkowo szczęśliwem położeniu, że choćby przyjęcia ich były dziesięćkroć jeszcze skromniejsze, choćby skąpstwo w obdarzaniu gości zwykłymi w takich razach podarunkami książkowymi było jeszcze komiczniejsze, zawsze Zjazd w Rzymie musiał wypaść świetnie. Można było krytykować niedołęstwo Komitetu, można było żartować z przyjęć składających się buterszmitów, pomarańcz i czerwonego wina, można było potępiać wiele stron organizacyi zjazdowej, trącących blagą a często nawet szalbierstwem, jak cała sprawa mieszkań, wydawnictwa przewodnika i sprzedaży dziennika kongresowego, ale wszystko to nie wystarcza jeszcze do potępiania całego Zjazdu, jako takiego, do odmawiania mu na tych podstawach wszelkiego znaczenia naukowego.

Jeżeli więc Kongres rzymski pomimo wielu niekorzystnych stron zewnętrznych, wewnętrzną, istotną swą wartością dorzuca niewątpliwie kilka nowych kamieni do wiekowej budowy gmachu naszej nauki i ztąd już ma prawo do uznania w społeczeństwie lekarskiem, to dla nas Polaków ma on znaczenie tem większe, że na nim poraz pierwszy mogliśmy wystąpić wobec świata naukowego we własnej osobie i pod własną firmą, nieschowani pod obcą etykietę. Niewątpliwie pierwszy ten nasz debiut międzynarodowy wypadł bardzo

skromnie, może moglibyśmy i powinnibyśmy byli liczniej i lepiej udział swój zaznaczyć, lecz pocieszyć się możemy, żeśmy nie pozostali tak bardzo w tyle poza innymi.

Zgodnie z programem uroczyste otwarcie Kongresu odbyło się 29. Marca w sali największego teatru rzymskiego Costanzi. Już na półtory godziny przed naznaczonym czasem tłumy zalegały trzy ulice przylegające do teatru; o godzinie 10-tej rano olbrzymia jego sala była literalnie nabita widzami od dołu do ostatnich miejsc najwyższej galeryi. Dość powiedzieć, iż na miejscach przeznaczonych normalnie dla 3000 ludzi mieściło się ich do 8000! Uwaga wszystkich zwrócona była na scenę, wspaniale przystrojoną, gdzie urządzono na wzniesieniu siedzenia dla pary królewskiej i miejsca dla przedstawicieli rządu, ciała dyplomatycznego i delegatów państw i towarzystw naukowych. Po przybyciu króla i królowej, których przyjęto z nadzwyczajnym entuzyazmem, rozpoczął obecny prezes ministrów, Crispi swą mowę powitalną po włosku i w imieniu króla ogłosił otwarcie Zjazdu. Po nim przemawiał piękną łaciną minister oświaty i prezydent Zjazdu prof. Baccelli, witając serdecznie przybyłych uczestników: .... *Salvete igitur clarissimi viri! Classica haec regio libens Vos excipit, ubi divinus libertatis halitus veterem gentis magnitudinem reducet. Hic nemo habetur extraneus. Hic ubi omnis terrae pars sua monumenta invenit, omne hominum genus unam tantummodo familiam constituat. Unusquisque consilio et opere, populorum incolumitati hominumque valetudini prospiciat. Tunc memorabiles patrum latinorum sententiae per Vos novissima luce nitebunt „Salus populi suprema esto" et „nulla res magis homines ad Deos accedere quam salutem hominibus dando". Hospites doctissimi iterumque iterumque salvete.....*

Po następnem przemówieniu prezydenta miasta Rzymu księcia Ruspolego, zabrał głos sekretarz jeneralny Kongresu prof. Maragliano, przytaczając dane liczbowe co do Kongresu. Dowiedzieliśmy się więc od niego, iż liczba zgłoszonych odczytów, demonstracyj naukowych wynosi 2700(!), że z pomiędzy uczestników zagranicznych najwięcej, gdyż 900 przybyło z Niemiec, po 700 z Anglii, Francyi i Austro-Węgier, po 200 z Hiszpanii, Rosyi, Szwajcaryi i Stanów Zjednoczonych, wreszcie koło 500 pochodzi z Belgii, Holandyi, Turcyi, Portugalii, Szwecyi i Norwegii, Grecyi, Egiptu, Japonii, Meksyku, Ameryki południowej, wreszcie z wysp Borneo i Fidii; resztę stanowią Włosi. W liczbach tych mieści się 42 przedstawicieli różnych państw i 425 delegatów rozmaitych instytucyj naukowych.

Z kolei przemawiał Virchow, jako przewodniczący ostatniego Zjazdu w Berlinie, podając w mowie swej, odczytanej w języku włoskim motywy, dla których Rzym obrany został miejscem obecnego Kongresu. Po nim nastąpiły krótkie powitalne przemówienia urzędowych przedstawicieli państw a mianowicie Austryi (Vogl), Belgii (Crocq), Danii (Salomonsen), Egiptu (Hassan Pasza Mahmud), Francyi (Bouchard), Niemiec (Köhler), Anglii (Mac Cormac), Meksyku (Lavista), Norwegii (Laache), Portugalii (Roche), Holandyi (Stokvis), Rumunii (Severeano), Rosyi (Sklifosowskij), Szwecyi (Holmgren), Hiszpanii (Caro), Szwajcaryi (Kocher), Turcyi (Salih Bey) i Węgier (Csâtary).

Po odczytaniu nazwisk prezydentów honorowych różnych państw, ukończono posiedzenie inauguralne, poczem para królewska, przez dłuższą chwilę obdarzywszy rozmową przedstawionych sobie delegatów państw, opuściła teatr a wraz z nią i ten wielotysięczny tłum, rozlewający się po sąsiednich ulicach miasta i kierujący się przeważnie do głównego biura na *via Genova* po nowe informacye, dzienniki i listy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 28. Czerwca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

Generalna Dyrekcya c. k. kolei państwowych udzieliła członkom i uczestnikom VII. Zjazdu lek. i przyr. polskich następujących ulg co do ceny: Kto chce odbyć podróż na szlakach kolei państwowych w Galicyi i Bukowinie II. klasą pociągu kuryerskiego, płaci należytość za bilet II. klasy pociągu osobowego; kto zaś chce odbyć podróż pociągiem osobowym, ten jadąc II. klasą płaci należytość za III. klasę.

Dla jadących klasą I. lub III. nie uzyskano więc żadnej ulgi.

Wydział gospodarczy VII. Zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie uprasza więc wszystkich, którzy biorąc udział w Zjeździe, chcą korzystać z powyższej ulgi do podróży kolejowej, aby ile możności jak najrychlej przesłali wkładkę do skarbnika Dra Bylickiego, Lwów, ul. Kościuszki l. 7. i **podali dokładnie, którym szlakiem chcą odbyć podróż do Lwowa i z powrotem i w których stacyach kolejowych chcą się zatrzymać.**

Jedynie w razie wczesnego zgłoszenia się, będzie mógł Wydział gospod. wystarać się o odpowiednią legitymacyą i przesłać ją członkowi Zjazdu.

Lwów 24. Czerwca 1894.

Dr. Józef Merunowicz.

W dalszym ciągu zapowiedziano wykłady:

W sekcyi medycyny teoretycznej:

Z zakładu fizyologicznego Uniw. Jagiell. w Krakowie:

Prof. Dr. N. Cybulski: Przyczynek do zmian elektrycznych w mięśniu podczas tężca.

Tenże: Oznaczenie ilości ciepła w mięśniach podczas tężca za pomocą mikrokalorymetru.

Tenże i Dr. J. Zanietowski; Demonstracya nowego przyrządu do podrażnienia nerwów i mięśni (ekscytator absolutny).

Dr. Zanietowski: O sumowaniu podniet w rdzeniu pacierzowym i mózgu.

Dr. Czapliński i W. Szymonowicz: Resorpcya tłuszczu w jelicie grubem (z demonstr.).

Dr. W. Szymonowicz: Przyczynek do budowy zębiny (z demonstr.).

Doc. Dr. A. Beck i B. Czapliński: O zmianach pobudliwości sfery psychomotorycznej pod wpływem morfiny i atropiny u psów.

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

Dr. Ludwik: O występywaniu czerwonych ciałek z jądrami w krwi obwodowej. (Studyum z kliniki prof. Dra E. Neussera).

Dr. Olejnik: Dwa przypadki syryngomyelii (z kliniki Dra E. Neussera w Wiedniu).

Tenże: Przyczynek do etyologii t. zw. *aphthae Bednari.*

Tenże i Dr. Ludwik: Zachowanie się krwi w kilku przypadkach raka.

Dr. J. Wernicki: Występywanie leukocytozy eozynofilnej, znaczenie jej patologiczne, wpływ na rozpoznanie i rokowanie w chorobach.

Dr. Wiczkowski Józef (ze Lwowa): O znaczeniu ciałek eozynowych we krwi, w plwocinach i w moczu.

W sekcyi chirurgicznej:

Dr. Drobnik (z Poznania): *a)* O leczeniu porażeń dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni (plastyka ścięgien). *b)* O zależności niektórych postaci wilka od zachorzeń gruźliczych gruczołów i kości.

Niewiadomski: Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej.

Prof. Dr. Obaliński (z Krakowa): O wyłuszczeniu włókniaków macicy.

W sekcyi higieny i medycyny sądowej:

Doc. Dr. Wachholz (z Krakowa): O oznaczeniu wieku ze zwłok z przebiegu kostnienia główki kości ramieniowej (z demonstracyą).

Tenże: Nieco o istocie stężenia pośmiertnego i o wpływie niektórych alkaloidów roślinnych na czas jego wystąpienia i przebieg.

Tenże: O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.

Tenże i Dr. hr. Tyszkiewicz: O zmianach włosów ludzkich i zwierzęcych pod wpływem istot żrących i wysokiej ciepłoty.

Tenże i Dr. H. Kowalski (z Tarnowa). O potrzebie utworzenia stałych posad lekarzy sądowych (referat).

Uwaga. Stósownie do uchwały Wydziału gospodarczego sekcyi higieny i medycyny sądowej, zapowiadać można wykłady i referaty na ręce gospodarza sekcyi do 15. Lipca.

W sekcyi dla chorób skórnych i wenerycznych:

Dr. Misiewicz: Anatomia i patologia bezpłodności u mężczyzn.

Dr. Szadek: O wynikach leczenia kiły głębokiemi wstrzykiwaniami salicylanu i tymoloctanu rtęciowego.

Dr. Wroszyński: Przyczynek do kazuistyki późnej kiły.

— *Wiener Medizinische Wochenschrift* drukowała w ostatnich dwóch numerach pracę Dra Macheka o gruźlicy tęczówki, ogłoszoną poprzednio w naszym *Przeglądzie lekarskim*.

— Dr. Leon Nencki w Warszawie otrzymał na wystawie nowych wynalazków w Wenecyi dyplom honorowy (*diploma d'onoro per sua appoggio morale*).

— W dniu 12. b. m. i r. odbyło się w Warszawie doroczne zebranie ogólne uczestników Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych pozostałych po lekarzach, na którem kol. Rogowicz zdawał sprawę z czynności Komitetu tej instytucyi za rok ubiegły 1893. Ze sprawozdania tego między innemi dowiedzieliśmy się: 1) Że z początkiem 1893 r. Kasa Wsparcia liczyła członków 691. Z tej liczby zmarło w ciągu roku 14-tu, wykreślono jako niewnoszących składek 4-ch, wyjechało z kraju 3-ch; wogóle ubyło członków 21. Że zaś przybyło nowych uczestników 44-ch, zatem z końcem roku sprawozdawczego Kasa Wsparcia liczyła 714-tu członków. 2) Że fundusz żelazny powiększył się o 589 rs. i z końcem roku wynosił 34,481 rs. 3) Że fundusz ruchomy ze składek rocznych od członków i odsetek od funduszu żelaznego uzbierany wynosił wraz z remanentem z 1892 roku 7,033 rs., z którego wydano na wsparcia 5.488 rs. a na administracyę 386 rs.; wogóle 5,880 rs. 4) Że nadto wyznaczono wsparcia z odsetek od funduszów na specyalne wsparcia przeznaczonych a zostających w bezpośredniem rozporządzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w kwocie 1,116 rs. Tym sposobem wypłacono wsparcie 103 osobom i rodzinom w ogólnej kwocie 6,604 rs. 5) Że wreszcie zaległości w nieopłaconych składkach przez członków Kasy wynoszą 715 rs., z których 180 rs. należy się od lekarzy w gub. Suwalskiej mieszkających, reszta zaś od członków z Warszawy i innych gubernij, oprócz Kaliskiej i Siedleckiej, w których niema żadnej zaległości. (*Medycyna*).

— We wydziale lekarskim uniwersytetu wiedeńskiego wstrzymano temi dniami wszystkie wykłady kliniczne z przyczyny demonstracyj antysemickich w sali wykładowej przeciw prof H. Nothnaglowi, posądzanemu przez młodzież o sprzyjanie Izraelitom.

— Z Cieplic trenczyńskich otrzymujemy wiadomość, iż całkiem nieprawdziwemi są wieści o zalaniu przez wodę tej miejscowości leczniczej, do której można bez żadnej trudności dostać się przez Ungarisch-Hradisch.

— Na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego, odbytem w dniu 20. b. m., okazał R. Virchow preparat anatomiczny z raka krtani operowanego przed 2½ laty przez J. Wolffa, z przypadku, w którym rezultat tak operacyjny, jak i czynnościowy, dzięki założeniu sztucznej krtani, był bardzo pomyślny. Chory zasłabł na wiosnę r. b. i umarł 20. Maja. Sekcya wykazała przerzuty w płucach i na udzie; w miejscu operacyi nie było nawet śladu raka.

— Na posiedzeniu komitetu jednego z Towarzystw lekarskich berlińskich okazał Liebreich nowy przyrząd do robienia sztucznego lodu, w którym zapomocą mięszaniny oziębiającej (azotanu amonowego) można w ciągu 12 minut zrobić ½ kilograma zupełnie czystego lodu z wyjałowionej wody destylowanej. Przyrząd sam będzie kosztować od 20 do 25 marek a funt lodu (½ kilograma) od 60 do 70 fenigów, zatem dosyć drogo.

— Dla 66. zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbyć się mającego w roku bieżącym w Wiedniu od 24. do 30. Września, wystarało się ministeryum oświaty austryackie u Rady Państwa o zasiłek 10,000 złr.

— W Hong-Kong wybuchnęła 5. Maja r. b. dżuma czyli dur wąglikowy i sprzątnęła dotychczas więcej niż 2,000 ludzi, po 70 do 80 na dzień. Choroba ta ma przypady ogólne, przypominające dur brzuszny i miejscowe w postaci właściwych dymienic. Dotychczas epidemia nawiedza wyłącznie Chińczyków; z Europejczyków umarł na dżumę dotąd tylko jeden żołnierz, zajmujący się desinfekcyą mieszkań zapowietrzonych. Jest rzeczą bardzo podobną do prawdy, że epidemią tegoroczną w Hong-Kong zawleczono z Pakhoï, portu położonego na południe od Hong-Kong. Dotychczas uciekło przed zarazą koło 100,000 Chińczyków przeważnie do Kantonu, gdzie trzeba obawiać się przeto także wybuchu epidemii.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego.

I. Nowe tematy:

1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakteryj chorobotwórczych. 2) Grunt warszawski pod względem bakteryologicznym. 3) Historya szkół lekarskich w Polsce w ciągu ostatniego wieku. 4) Wykaz wszystkich prac lekarskich polskich ogłoszonych drukiem od roku 1830 do 1890. 5) Tak zwany ropień okołomigdałkowy z punktu widzenia klinicznego i bakteryologicznego. 6) Zbadać chemiczne produkty wypróżnień cholerycznych. 7) Krytyczny pogląd na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny, w myśl prof. Horbaczewskiego 8) Gruźlica wygasła płuc (*tuberculosis obsoleta pulmonum*), jakość zmian anatomicznych i warunki powstawania. 9) Zmiany anatomiczne w chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z jego odcinków). 10) Zapalenie kataralne płuc (*pneumonia catarrhalis*) z punktu widzenia anatomopatologicznego i bakteryologicznego. 11) Zbadać doświadczalnie zmiany w siatkówce oka (*retina*) pod wpływem otrucia fosforem. 12) Morfologiczny i chemiczny stan krwi w zapaleniu nerek: stósunek pomiędzy jakościowem i ilościowem wydzielaniem się białka w moczu i składem chemicznym krwi, *resp.* surowicy krwi w tej chorobie. 13) Gazy krwi żylnej w stanach chorobowych, w szczególności w stanach anemicznych i autointoksykacyjnych (*uraemia*); absorbcya tlenu w stósunku do ilości hemoglobiny we krwi patologicznej. 14) Zbadać na zasadzie spostrzeżeń własnych rozwój mowy u dziecka i wykazać stósunek tego rozwoju do rozwoju inteligencyi u dziecka. 15) Opracować źródłowo historyę jednego z większych szpitali warszawskich od czasu założenia aż do chwili bieżącej. 16) Stósunek anatomo-topograficzny moczowodów do macicy i pęcherza u kobiety. 17) Badania z dziedziny antropologii krajowej, oparte na poszukiwaniach anatomicznych, fizyologicznych oraz na zestawieniach statystycznych. 18) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, począwszy od okresu zarodkowego a skończywszy na uwiądzie płciowym.

II. Tematy pozostawione z roku zeszłego.

19) Przeprowadzić badania bakteryologiczne krwi u suchotników. 20) Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31. Marca 1895. roku.

Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z powyższych 20-tu tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1894/5 jest pięć. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stósownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 7. Lipca 1894 r. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 " 40 "	3 "	7 "	12 "
Kwartalnie:	2 " 20 "	$1\frac{1}{2}$ "	$3\frac{1}{2}$ "	6 "

I. O działaniu rtęci w przymiocie (kile) czasowo (pozornie) ubiegłym.

Odczyt wypowiedziany w sekcyi chorób wenerycznych i skórnych na XI. kongresie międzynarodowym lekarskim w Rzymie

przez

Dra Watraszewskiego,

Lekarza Naczelnego Szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

Szanowni Panowie! Przed trzema laty miałem zaszczyt wypowiedzieć w tejże sekcyi zdanie swoje w kwestyi tak zwanych metod zapobiegawczych leczenia przymiotu [1]).

Leczenie rtęcią, stósowane peryodycznie w okresach wolnych od wszelkich objawów przymiotowych, nie jest w stanie zapobiedz występowaniu nowych objawów, zarówno w okresach cierpienia wczesnych, jak i późnych. Tego rodzaju kuracye wpływają niekorzystnie na stósunki przemiany zarazka, znajdującego się w ustroju, względnie na zdolność do wydzielania się na zewnątrz, wskutek czego choroba przybiera inny obrót i występuje w sposób odmienny.

Kuracye merkuryalne, stósowane peryodycznie w ciągu miesięcy i lat całych nie pozostają obojętnemi dla ustroju a głównie dla systemu nerwowego. Takie kuracye przedstawiają niebezpieczeństwa związane z chronicznem zatruciem rtęcią, które przez analogię z zatruciem ciężkimi metalami okazują się przeważnie w sferze nerwowej.

Nader trudnem i ważnem staje się wtedy dla lekarza zadaniem rozstrzygnąć w danym przypadku: ile w nim kłaść należy na rachunek przymiotu a ile z drugiej strony położyć na karb chronicznego używania, względnie nadużywania rtęci. Odpowiedzialność lekarza staje się tem poważniejszą, jeśli weźmiemy pod uwagę szkodliwe niewątpliwie skutki fałszywie zastósowanej terapii.

Niebezpieczeństwa wyżej wspomniane nie są jedynemi, jakie nas przestrzegać winny, byśmy na przyszłość byli ostrożniejsi w przepisywaniu tego rodzaju kuracyj.

Pozwólcie mi, Szan. Panowie! zanim obszerniej dotknę tego przedmiotu, zwrócić uwagę Waszą na następujące okoliczności.

Z chwilą, gdy choroba przymiotowa odbyła swe główne fazy w ustroju — po objawach wczesnych wystąpiły (lub nie wystąpiły) objawy późne — w przebiegu jej następuje zwykle okres dłuższego spokoju. Przez pewien przeciąg czasu, krótszy lub dłuższy, czasem nieograniczony, nie widzimy żadnych objawów właściwych u naszych chorych, którzy na pierwszy rzut oka wydają się wyleczonymi.

W jaki sposób winniśmy pojmować i przedstawiać sobie owo w y l e c z e n i e w przytoczonych okolicznościach?

Albo zarazek przymiotowy, przenikający cały ustrój, miał czas i możność do opuszczenia tegoż ustroju *in toto* tak, że chory jest w rzeczy samej wolny od niego, czyli innemi słowami uważany być może za rzeczywiście wyleczonego, albo też stan rzeczy przedstawia się w następujący sposób: Pewna ilość zarazków syfilitycznych a mianowicie te, które nie znalazły się w odpowiednich po temu okolicznościach, aby były usunięte, pozostają w ustroju. Zatrzymują się one w pośród tkanek wskutek reakcyi, jakie te tkanki przeciwstawiają wszelkiemu obcemu żywiołowi. Owe ogniska chorobowe, uwięzione, otorbione w ten sposób, nie mogą więcej szkodzić ustrojowi, w którym się znajdują, i mogą pozostać w tym stanie w spokoju zupełnym przez czas nieograniczony a nawet do śmierci.

Zarazek specyficzny, w powyższy sposób uczyniony obojętnym i nieszkodliwym, może jednak pod wpływem pewnych okoliczności wolność swoją odzyskać. Nie straciwszy nic z własności swych specyficznych, staje się na nowo zdol-

[1]) Ueber den Werth der praeventiven Behandlungsmethoden in der Syphilis. Vortrag gehalten in der Section für Dermatol. und Syphilis des X. Internat. Med. Congresses zu Berlin 1890.

nym do wywoływania zmian chorobowych właściwego sobie charakteru tam, gdzie się znajduje, albo w każdem innem miejscu, w którem stósunki miejscowe są dla niego przyjaźniejszymi.

Okoliczności, w których zarodek syfilityczny może na nowo odzyskać swą wolność i ukazać swe cechy swoiste, zależą od szeregu przyczyn pewnego, określonego rodzaju.

Przyczyny te, działając wprost lub pośrednio w sposób drażniący przeciw owym izolowanym ogniskom chorobowym, przyczyniają się do zniesienia naturalnych przeszkód, wzniesionych przeciwko nim przez ustrój w interesie własnej ochrony. Liczne spostrzeżenia stwierdzają to dostatecznie. Widzimy np., iż po uderzeniu w kość osobnika dotkniętego przymiotem powstaje nieraz w temże miejscu gummat syfilityczny (kilak). Przypominam przypadki, w których po zarażeniu się wrzodem wenerycznym miejscowym tenże u wzmiankowanych chorych przemienia się po pewnym czasie w owrzodzenie gummatyczne, głębokie i poszarpane, albo, iż podobne powikłanie następuje w najbliższem sąsiedztwie owego wrzodu świeżo nabytego.

Tego rodzaju owrzodzenia zachowują się najzupełniej obojętnie wobec wszelkiego leczenia miejscowego, poprawiają się i goją dopiero szybko z chwilą zastósowania w danym przypadku ogólnych i miejscowych środków specyficznych.

Mogę przytoczyć przypadki, gdzie wskutek podrażnienia miejscowego, trwającego pewien czas (*eczema, rhagades traumaticae repetat.*) zdarzało mi się widzieć typowe gummaty, powstające w miejscu pierwotnego owrzodzenia przymiotowego, które tamże znajdowało się przed laty, a wspomnione powikłania ustępowały dopiero po zastósowaniu swoistych środków. Widziałem raz jeden wrzedzionkę rozwijającą się najzupełniej typowo u chorego, który 12 lat temu dotknięty był przymiotem. Przebieg i formowanie się owej wrzedzionki *(furunculus)* był, jak nie można więcej, typowy dla tego rodzaju ostro zapalnych miejscowych cierpień. Wrzedzionka została przecięta w czasie właściwym i po odejściu ropy i usunięciu centralnego czopka, wrzedzionka zamiast goić się zaczęła powoli przybierać wejrzenie owrzodzenia pełzającego, co zmusiło mię do zastósowania leczenia swoistego, uwieńczonego rychłym skutkiem.

Należy również pomieścić w tej rubryce przypadki, o których wspomniałem był dawniej, gdzie uderzenie albo upadek na głowę, staje się przyczyną wystąpienia objawów mózgowych, charakteru niewątpliwie przymiotowego i pozostających w związku z chorobą wygasłą od długiego czasu. Objawy przymiotu nie występowały ongi w sferze centralnej nerwowej albo po zamanifestowaniu się w tejże sferze, ustąpiły w zupełności i chory wydawał się wyleczonym od lat wielu.

Spostrzeżenia powyższe stwierdzają wpływ przyczyn drażniących na obudzenie się przymiotu czasowo uśpionego.

Rzecz najwyższej dla nas wagi stanowi okoliczność, iż należy nam pomieścić kuracye merkuryalne, powtarzane peryodycznie w nieodpowiednim czasie, w liczbie tychże danych czynników drażniących, przed chwilą wspomnianych, które przymiot uśpiony do nowego życia powołać są w stanie.

Powinowactwo chemiczne rtęci do białkanów ustrojowych jest okolicznością dostatecznie stwierdzoną; wyobrażenie, jakie sobie tworzymy o działaniu swoistem tego środka, opiera się przeważnie na tem powinowactwie (Voit). Rtęć tem łatwiej oddziaływa na białkany organiczne i okazuje wobec nich tem wyraźniej swe właściwości specyficzne, im ciała wspomniane odznaczają się mniejszą chemiczną stałością, t. j. im większą posiadają skłonność do rozpadu. Wytwory patologiczne w ogóle odznaczają się tą właściwością, w szczególności zaś przymiotowe pod względem biologicznym najmniejszą, jak wiadomo, posiadają odporność (Virchow). Z tego powodu wytwory przymiotowe podlegają przed innymi działaniu rezolucyjnemu rtęci a w najpierwszym rzędzie objawy przymiotu jawnego, jako najlepiej wpływowi środka tego dostępne.

Pozostawiając następnie na uboczu naturę owych ognisk czyli złogów przymiotowych powyżej wspomnianych: czy to uważać je będziemy za związki chemiczne zarazka przymiotowego z białkanami organicznymi (Voit), czy też przyjmiemy, iż zarazki owe spoczywają na wzór obcych ciał wśród tkanek, ewentualnie komórek mniej więcej patologicznie zmienionych, to nie ulega wątpliwości, iż stósunki egzystencyi owych ognisk są nietrwałe i mało zdatne do oporu. Dlatego rtęć wprowadzona w ustrój znajdujący się w rzeczonych okolicznościach, dotknie w drugim rzędzie złogów, o których mowa. Zastósowanie rtęci w danym przypadku będzie miało ten skutek, iż zniszczy przeszkody, które odgraniczają wspomniane ogniska od przyjmowania udziału w sprawach życiowych, odbywających się w ustroju i powróci swobodę działania zarazkowi chorobowemu, będącemu dotychczas na uwięzi.

Zdawałoby się *a priori*, iż to właśnie byłoby zadaniem, jakie spełnić winna kuracya prawidłowo działająca, tudzież cel, jaki pragnęlibyśmy osiągnąć w każdym z osobna przypadku. Zadanie powyższe reasumuje się do tego, aby zaatakować, uczynić dostępnem środkowi leczniczemu i zobojętnić nim wszystko to, co ustrój zawiera w sobie przymiotowego w jakiejkolwiek formie.

Zadanie takie byłoby racyonalnem bez kwestyi, gdybyśmy mogli mieć pewność pod następującymi względami: Ile czasu i ile rtęci użyć należy w każdym z osobna przypadku, aby rezultat ów osiągnąć?

Ponieważ odpowiedź na powyższe pytanie jest niemożebna, zwolennicy powtarzania peryodycznie kuracyj rtęcią powodują się wskutek tego najzupełniejszą empiryą. Przepisują oni chorym swym kuracye merkuryalne i wstrzymują je na tych samych zasadach, na jakich leczenie to zostało ordynowane, t. j. bez żadnych danych co do stanu cierpienia danej osoby a często nawet w zupełnej nieświadomości, czy samo cierpienie trwa jeszcze lub nie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonemi.

Podał

Dr. Zenon Pelczar.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Rozmiękczenie kości występuje przeważnie u kobiet w wieku średnim między 30. a 40. r. życia, wieloródek, żyjących w nędzy, po częstych a ciężkich porodach, połączonych ze znaczną utratą krwi i zadługiem karmieniem.

[1]) v. Watraszewski: Syphilis und Kopfinsulte. Vierteljahreschrift für Dermatol. und Syphilis. 1887. XIV.

W małej części według dawniejszych poglądów cierpią na rozmiękczenie kości mężczyźni. Weismayr z Wiednia zebrał 15 drukiem ogłoszonych przypadków między r. 1861—93, sam dodał swój jako szesnasty, zwracając uwagę, że to pierwszy w Austryi.

Rzecz jednak dziwna, bo w powyżej przytoczonem sprawozdaniu szpitali wiedeńskich z r. 1892 naliczyć mogłem 9 mężczyzn na 34 kobiet a więc blisko $^1/_3$ całej sumy. Vinay w najnowszem swem dziele zestawił 691 przypadków z obserwacyi różnych autorów francuskich, gdzie średnio wypada stósunek mężczyzn do kobiet rozmiękczeniem kości nawiedzonych, jak 1:5. Bouchard opierając się na statystyce 360 obserwacyj podaje stosunek 1:8.

Co do wieku, w którym kobiety najczęściej ulegają cierpieniu, podają autorowie zgodnie czas między 25. a 40. rokiem życia. Pojawianie się osteomalacyi przed 20. r. życia należy do rzadkości, aczkolwiek i wiek młodszy nie jest od niej zupełnie wolnym. Durham i Beylard podają nawet blisko 7%; dokładne zaś opisy przebiegu prawdziwej osteomalacyi u osób młodszych podali Jones, Elben, Herman.

Pierwsze objawy cierpienia rozpoczynają się nieznacznie bólami najpierw w okolicy guza jednej lub obu kości kulszowych, przenoszą się następnie na kości spojenia łonowe i kość krzyżową, zajmują następnie całą miednicę i przybierają charakter bólów t. zw. *dolores osteocopi*. Bóle te nie trwają ciągle, zwiększają się za ruchem, naciskiem na kości a zawsze zaostrza je regularność.

Inny nieco typ przybiera rozmiękczenie kości niepołogowe, jak to bywa u mężczyzn i u kobiet, które nie rodziły. Bóle biorą w tym razie początek w dolnej części krzyżów i przechodzą w dalszym ciągu na klatkę piersiową. W dalszym przebiegu cierpienia bóle zajmują kości długie kończyn dolnych i górnych. Przy dłuższem trwaniu cierpienia kości zaczynają tracić na swej twardości, stają się łamliwe lub giętkie. Skutkiem ciężaru samego ciała miednica zmienia swój prawidłowy kształt, przedstawiając znany obraz miednicy osteomalacyjnej. W ślad za miednicą i słos kręgowy ulega zgięciu, wysokość zaś chorych znacznemu zmniejszeniu. W skórze występuje przeczulica, odruchy powiększają się.

Mięśnie przyczepiające się do miednicy, stają się bolesne i wczas bardzo występuje, na co Latzko zwraca uwagę, skurcz mięśni przywodzących *(adductores)* i mięśnia podnoszącego odbyt *(levator ani)*. Nadto powiększa się pobudliwość nerwowa (*suscibilité nerveuse* Trousseau, Lasègue), objawiająca się skurczami i drganiem mięśni nawet przy delikatnem dotykaniu skóry w miejscach cierpieniem nawiedzonych. Równocześnie podupada odżywienie podkopując stan ogólny chorego; występują biegunki prowadzące do charłactwa. Skutkiem zniekształceń kośćca, zwłaszcza klatki piersiowej przyłączają się dolegliwości ze strony serca i płuc w kształcie nieżytu oskrzelowego, bicia serca, napadu duszności.

Chorzy skutkiem ogólnej bolesności i osłabienia nie są zdolni do ruchów, leżą ciągle na boku, dopóki gruźlica lub, co częściej, zapalenie płuc cierpień ich nie zakończy.

Rozpoznanie w późnych okresach choroby bardzo łatwo i wprost rzucające się w oczy, w pierwszych jednak początkach nawet doświadczonym nie małe przedstawia trudności. Pomięszać łatwo można rozmiękczenie kości z chorobami rdzenia pacierzowego, stawów, lub samych kości. Znane są w literaturze przypadki, gdzie osteomalacyę brano za rwę kulszową, podagrę, zapalenie nerwów, zapalenie rdzenia, wiąd rdzenia lub histeryę (Reuz, Heddäus, Wagner) i bezskutecznie często nawet szkodliwe samemu cierpieniu przedsiębrano leczenie. Przed błędnem rozpoznaniem ochronić mogą dokładne wywiady i ścisłe badanie.

Początek bólów w czasie ciąży, zwolnienie ich lub ustąpienie po porodzie, pogarszanie się w czasie regularności każą nie spuszczać z myśli i rozmiękczenia kości. Od cierpień rdzenia i nerwów, z któremi osteomalacya w swych początkach dużo ma wspólnych objawów, pozwala odróżnić usadowienie się owych bólów na 1. lub 2. kręgu lędźwiowym, na kości krzyżowej i ogonowej, kościach łonowych i bolesność wzmagająca się znacznie za uciskiem na te miejsca. Wreszcie brak zmian w czuciu, w oddziaływaniu na prąd elektryczny, zmian odżywczych, naczynioruchowych, brak zboczeń funkcyi pęcherza i odbytnicy pozwolą po dokładnem zbadaniu wykluczyć cierpienia nerwów i rdzenia pacierzowego. Wątpliwości w odróżnianiu od innych chorób mogą nasuwać również obrzmienia usadowione w miednicy małej i uciskające lub zajmujące nerwy tej okolicy. Guzy te mogą być bądźto natury nowotworowej, bądź pozapalne w częściach rodnych. Tak osteomalacya jak i wyżej przytoczone przyczyny wywoływać mogą bóle w miednicy małej i niedowład kończyn dolnych.

Rozstrzygać tu będzie przedewszystkiem badanie wewnętrzne części rodnych i miednicy małej i zachowanie się odruchów. W osteomalacyi nawet w początkach odruchy bywają powiększone, gdy tymczasem wobec guzów nowotworowych w dolnej części rdzenia odruchy znikają lub ulegają osłabieniu.

Rozróżnienie osteomalacyi od gośćca przewlekłego stawów jest łatwe; daleko większe napotyka trudności odróżnienie od dny, w czem tylko dłuższa obserwacya uchronić może od błędu.

Łatwo przychodzi wykluczyć zmiany miejscowe w kościach natury zapalnej ostrej lub przewlekłej (gruźlica), kiłowej lub promieniczej (*aktinomycosis*). Nie małe natomiast trudności przedstawiają w odróżnianiu nowotwory pierwotne kości (mięsaki lub nawet następowe zwyrodnienie rakowe, lub wielokrotny rdzeniak, *myeloma multiplex*). O ile pierwotne ognisko rakowe gdziekolwiekbądź w ustroju pozwala i w kościach podobną podejrzywać przyczynę, o tyle pierwotny mięsak niesłychane może przedstawiać z początku trudności.

Dla rdzeniaka zaś podał Kahler objawy charakterystyczne, które nie pozwalają tego cierpienia pomięszać z osteomalacyą. Zniekształcenia ograniczają się do kości tułowia, brakuje kościom giętkości, siła mięśni pozostaje nienaruszona, bóle zaś w kilku miejscach na tej samej kości są nadzwyczaj gwałtowne.

Rokowano do niedawnych czasów zawsze jak najgorzej; choroba sama nie leczona prędzej lub później przyprawiała zawsze o śmierć. Czas trwania choroby obliczano na 2 lata, rzadko na 6—8. (Litzmann).

Obecnie zmieniły się poglądy na to cierpienie; rokowanie też, choć nie we wszystkich przypadkach, uległo zmianie na lepsze.

Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu stósunków niehigienicznych, w których choroba powstała, i na poprawieniu odżywienia chorych. Z leków pierwsze miejsce zajmują fosfor, fosforany, woda wapienna, żelazo, kapiele

słone, zabiegi operacyjne w formie trzebienia lub podwiązania trąbek, chloral i narkoza chloroformowa. Największy procent wyleczeń przedstawia obecnie trzebienie; dużo też nagromadziło się w tym względzie obserwacyj naukowych (Fehling, Porro, Fruzzi, Meuringer, Thom, Hoffman, Eisenhart, Löhlein, Everke, Bossony Rosen, Velits, Schramm, St. Braun, Harajewicz i Podgórski i t. d.); natomiast Latzko wytrzebił w jednym przypadku zupełnie bezskutecznie. Znaczną poprawę lub wyleczenie po fosforze podają Hartmann, Binz, Maas, Schultze, Busch, Bamberger, w najnowszych czasach Latzko, Sternberg i Podgórski. Sternberg podawał miesiącami fosfor według formułki:

Phosphori *0·05*
Ol. jec. aselli *50·00*

co dziennie po łyżeczce i w 3 przypadkach zupełne uzyskał wyleczenie.

Fosforany poleca Mayer, fosforan cynku Lepine. Löhlein, Köhrer opisują dobre skutki po kąpielach słonych, do czego też i ja swoje pragnę dołączyć obserwacye.

Nie roszczę sobie bynajmniej pretensyi, bym kwestyę całkowicie wyczerpał i piśmiennictwo właściwe wyzyskał należycie; wiele źródeł wcale nie było mi dostępnych. Obserwacye zaś moje, choć jako kąpielowe pozbawione są ścisłości klinicznej, może jednak choć trochę przyczynią się do zwrócenia baczniejszej uwagi na to cierpienie, które widocznie i w naszych stronach do rzadkości nie należy i nieraz może ze szkodą dla chorego nie bywa rozpoznawane. Nie chcąc nużyć czytelnika przytaczam po krótce tylko historye chorób według porządku, w jakim chore przedstawiły mi się do leczenia.

I. A. P., l. 41 licząca, z Drohobycza, gr. kat., żona szewca. Przebyła kilka porodów, ostatni bliźniaczy przed 3 laty. Od tego czasu osłabienie, bóle w kościach a od kilku miesięcy zupełna niemożność chodzenia.

Przy badaniu znaleziono zgięcie kręgosłupa (*kyphosis c. scoliosi dextroversa*), miednicę ścieśnioną na boki, kości łonowe dzióbowato ku przodowi wystające, kość krzyżową wysuniętą również ku przodowi. Mięśnie kończyn dolnych zanikłe obok ogólnego bardzo złego odżywienia, skurcz wybitny przyciągaczy (*adductores*). Bolesność b. znaczna przy ucisku na wszystkie kości, zwłaszcza miednicy i mostka. Odruchy kolanowe wzmożone. Chora całkiem chodzić nie może. Prócz objawów znacznej niedokrewności zmian chorobowych w innych organach nie znaleziono.

Polecono chorej kąpiele słone średniej mocy (w wannie 6 klg. soli), wewnętrznie wodę wapienną łyżkami w mleku.

Mimo przerw w kąpaniu się, chora bowiem cierpiała na krwotoki maciczne, stan chorej o tyle uległ poprawie po 20 kąpielach, że pozbyła się bólów; pozostało jeszcze osłabienie, pomimo którego chora swobodniejszymi cieszyć się mogła ruchami.

II. F. F., l. 30 licząca, zamężna Izraelitka z Baligrodu.

Przed 10 laty pierwszy poród ciężki, drugi przed 5-ciu laty. Odtąd datuje się cierpienie.

Chora znacznie, jak utrzymuje, zmalała. Miednica ścieśniona do tego stopnia, że obie części zstępujące kości łonowych a wstępujące kulszowych stykają się prawie ze sobą tak, że palec z trudem zaledwie wprowadzić można do pochwy. Bóle bardzo mocne, inne objawy podobne jak w tamtym przypadku; chora zupełnie chodzić nie może. Polecono leczenie jak wyżej, zwiększając jednak moc kąpieli aż do 12 klg. soli na wannę.

Po kilkunastu kąpielach poczęła chora sama chodzić o lasce i w dobrym stanie wróciła do domu.

III. S. B., l. 40, Izraelitka zamężna z Zaleszczyk. Przebyła porodów 7, regularność obfita co 2 tygodnie. Chorą jest od 2 lat od czasu ostatniego porodu.

Obraz cierpienia jak powyżej, leczenie również. Chora po 20 kąpielach opuściła zdrojowisko zupełnie zdrowa.

IV. K. T., l. 40 licząca, rz. kat., zamężna ze Skolego. 6 porodów lekkich; po ostatnim przed dwoma laty początek cierpienia. Zniekształcenie miednicy niebardzo wybitne, natomiast charakterystyczna bolesność kości, odruchy kolanowe znacznie powiększone, niedowład znaczny kończyn dolnych. Chora, podobnie jak dwie pierwsze, chodzić nie może.

Wynik 4-tygodniowej kuracyi zadziwiający. Chora pozbyła się w zupełności bólów, odzyskała władzę w kończynach dolnych, nabrala sił i w stanie zupełnie pomyślnym wróciła do domu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Przypadek VIII-my. *Graviditas trium mensium. Cystis ovarii sinistri. Abortus.*

S. R., l. 37. z Tarnowa, zgłosiła się do kliniki 27. Maja 1892. r.

Wywiady. Miesiączka zawsze prawidłowa. Zamężna od 20 lat. Rodziła 8 razy. Porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród przed 2-ma laty. Ostatnia regularność z końcem Lutego. W brzuchu wyczuwa jakiś guz, który jej sprawia bóle i w ostatnich tygodniach szybko się powiększa. Mocz oddaje prawidłowo, stolec co dzień.

Stan obecny: W sutkach objawy powiększenia się czynności. W jamie brzusznej, której powłoki są bardzo wiotkie, czuć guz wielkości głowy mężczyzny, okrągły, elastyczny, chełbocący, bardzo ruchomy, niebolesny. Tuż nad spojeniem daje się wykazać dno macicy powiększonej. Pochwa pulchna; łatwo wykazać można wszystkie objawy wczesnej 3-miesięcznej ciąży i szypułę guza brzusznego, wychodzącą z lewego rogu macicy. Postanowiono wyczekiwać.

Dnia 2. Czerwca nastąpiło szybko poronienie o przebiegu zwykłym.

Przypadek IX-ty. *Graviditas quatuor mensium. Cystis ovarii dextri. Ovariotomia. Sanatio.*

J. E., l. 39, z Łącka. Przyjęta do kliniki 21. Listopada 1892.

Wywiady: Miesiączkowała od 14. roku życia prawidłowo. Nie roniła, rodziła 10 razy prawidłowo, ostatni poród przed $1^1/_2$ rokiem. Regularność ustała przed 4 ma miesiącami. Od 9-u miesięcy czuje guz w jamie brzusznej, który stale się powiększa. Dolegliwości nie doznaje. Stolec co dzień.

Stan obecny: W sutkach klej. W jamie brzusznej czuć dwa obrzęki, z których jeden odpowiada niewątpliwie powiększonej macicy miękkiej, elastycznej, sięgającej dnem na 3 palce ponad spojenie łonowe, drugi zaś guzowi jajnikowemu, który jest wielkości głowy męzkiej, okrągły, gładki, chełbocący, ruchomy, niebolesny i jest połączony wązką szypułą z prawym rogiem macicy. Stan sromu, pochwy i macicy taki, jak zwykle w 4 tym miesiącu ciąży.

Przebieg. Przez dwa tygodnie obserwacya w klinice. Przez ten czas chora doznaje od czasu do czasu bólów w krzyżach tak, że musi leżeć w łóżku i używać makowca. Cała obserwacya przemawia za tem, że chorej grozi poronienie. 6. Grudnia laparotomia, która w zupełności potwierdza rozpoznanie. Owaryotomia odbyła się prędko i bardzo łatwo.

Przebieg pooperacyjny niczem nie zakłucony. Dnia 4. Czerwca 1893. opuszcza klinikę.

P r z y p a d e k X-ty *Graviditas X. mensium. Cystis ovarii sinistri. Partus.*

J. Z., l. 36. z Prądnika czerwonego, przyjęta do kliniki 24. Lutego 1893.

W y w i a d y. Rodziła 7 razy prawidłowo, ostatni raz przed 2-ma laty. Obecnie w ciąży czuje się zdrową.

S t a n o b e c n y: Badanie wykazuje wszystkie objawy ciąży 10-miesięcznej u wieloródki z położeniem płodu czaszkowem pierwszem. Obok macicy po stronie lewej jest guz wielkości główki, elastyczny, mało ruchomy, do boku macicy przylegający, niebolesny.

P r z e b i e g. Dnia 10. Marca urodziła zupełnie prawidłowo dziecię płci żeńskiej, donoszone, ważące 3520 grm. W połogu, który przebiegał prawidłowo, tylko raz podwyższenie ciepłoty do 37·9. Badanie po porodzie znacznie łatwiejsze dozwala wykazać, że guz ma wielkość melona, jest ruchomy i połączony szypułą z lewym rogiem macicy.

Chora miała się zgłosić do operacyi.

Przypadki te pokrótce opisane zestawiam w osobnej tabliczce, przez co dziwna rozmaitość przebiegu wystąpi jeszcze jaskrawiej.

zaś 6. objawy duszności i obrzęki były tak nieznaczne, że ani pacyentka sama nie uważała się za chorą, ani jej otoczenie tego nie przypuszczało. U chorej J. M. (przypadek 3-ci) i R. K. (przyp. 2-gi) wykonano owaryotomię, nie rozpoznawszy ciąży, która do końca 3-go, względnie 2-go miesiąca przebiegała prawidłowo. Nie można wprawdzie tego przypadku zaliczyć do tych, w których guz jajnika jest dla ciąży obojętny, tem samem jednak nie da się on wprowadzić do grupy przeciwnej. Grupę tę stanowią trzy przypadki: 7., 8. i 9. W jednym z nich (8.) wystąpiło poronienie w 3-im miesiącu ciąży, najprawdopodobniej wskutek torbiela jajnikowego, w drugim (9.) groziło poronienie, w trzecim (7.) byłoby do niego niewątpliwie przyszło z powodu zapalenia otrzewnej, zostającego w związku z rozwojem, względnie ze skręceniem szypuły guza. Tak więc wykluczając przypadek 2-gi i 3-ci, jako niedające się nigdzie zaliczyć, dzielimy pozostałych 8 przypadków na dwie grupy: 1-szą, w której ciąża przebiegała prawidłowo (5 przypadków) a 2-gą, w której guz stał się lub mógł był stać się niekorzystnym dla ciąży (3 przypadki).

Liczba porządkowa	Nazwisko, imię i wiek	Miesiące ciąży	Rozpoznanie	Dzień zabiegu lub porodu	Rodzaj leczenia	Wynik	
						dla matki	dla dziecka
1.	B. H., lat 26. z Krakowa	VIII.	Cystoma ovarii sin. incarc. in cavo Douglasii. Partus.	—	Narcosis. Repositio	dobry	dobry
2.	R. K., lat 27. z Makowa	II.	Cystovarium dextrum. Graviditas II.	28. Stycznia 1887.	Ovariotomia	wyleczona	poronienie
3.	J. M., lat 24. z Łańcuta	III.	Cystoma ovarii dextri. Graviditas.	4. Lipca 1888.	Ovariotomia	wyleczona	dobry
4.	Z. A., lat 20. z Polanowic	X.	Cystovarium dextrum in cavo Dougl. incarc. Partus.	3. Stycznia 1890.	Sectio caesarea	umarła	żywe
5.	G. R., lat 23. z Pińczowa	X.	Cystadenoma ovarii sinistri. Partus coccyge praevio.	11. Czerwca 1890.	Extractio manualis foetus et placentae	umarła	nieżywe
6.	H. H., lat 26. z Radłowa	puerpera V dierum.	Cysto-sarcoma ovarii sinistri, torsio, peritonitis in puerpera.	10. Lutego 1891.	Ovariotomia	wyleczona	żywe
7.	H. A., lat 18. z Nowego Sącza	IV.	Cystis derm. ovarii sinistri. Torsio, peritonitis in gravida	22. Maja 1891.	Ovariotomia	wyleczona	urodziła w Listopadzie dziecko żywe siłami natury
8.	S. R., lat 37. z Tarnowa	III.	Cystovarium sinistrum. Graviditas III. m.	—	Nihil	poroniła 2. Czerwca	
9.	J. E., lat 39. z Łącka	IV.	Cystovarium dextrum. Graviditas IV. m.	6. Grudnia 1892.	Ovariotomia	wyleczona	nie poroniła
10.	J. Z., lat 36. z Prądnika Czerwonego	X.	Cystovarium sinistrum. Graviditas X. m.	10. Marca 1893.	Partus viribus naturae	dobry	dobry

Zastanawiając się nad powikłaniem ciąży guzami jajnika i chcąc odpowiedzieć na to praktycznie bezwątpienia najważniejsze pytanie, jak w obec tego powikłania należy postępować, trzeba sobie przedewszystkiem zdać sprawę z tego, jak przebiega ciąża, poród i połóg obok guzów i jak się zachowują guzy jajnikowe u ciężarnych.

Przedewszystkiem ciąża może przebiegać najzupełniej prawidłowo. W naszym przypadku 1., 3., 4. i 10. ciężarna wcale nie wiedziała o istnieniu guza brzusznego, w przypadku

Według zestawienia J e t t e r a [1]), opartego na 215 przypadkach ciąży powikłanej guzami jajnika, przerwała się ciąża w 16·5% przypadków; z tych 21 razy było poronienie, 15 razy poród przedwczesny. R é m y [2]) zestawiając 321 przychodzi do wyników gorszych, gdyż ciąża została przerwana

[1]) Jetter: Ueber den Einfluss der Eierstocksgeschwülste etc. Diss. inaug. Tübingen 1861.

[2]) S. Rémy. La grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse d'agregation. Ref. w Annales de gynécol. XXVI p. 205.

w 25% przypadków. Że śmiertelność po tego rodzaju przerwaniu ciąży musi być większa, niż w zwykłych przypadkach, na to zwracają uwagę Olshausen[1]) i Engström[2]). Cyfry te Jettera i Rémyego, chociaż nieraz cytowane były na dowód niebezpieczeństwa tego powikłania i służyły do obrony najradykalniejszego leczenia w ciąży, wydają mi się przecież raczej uderzająco małe i dowodzą rzeczy, zkądinąd powszechnie znanej, t. j. dziwnej wytrzymałości macicy ciężarnej. Jeżeli uwzględnimy nadto okoliczność, którą w ocenieniu wysokości cyfr Jettera i Rémyego koniecznie uwzględnić się musi, t. j. że poronienie i bez tego rodzaju powikłania jest częste (według Hegara i Schrödera[3]) więcej, niż 10%) i że przyczyna jego wcale nie rzadko nie da się wykazać a przyjąwszy to za pewnik, odpowiednio cyfry te statystyczne zmniejszymy, to musimy przyjść do przekonania, że ciąża powikłana guzami jajnika stósunkowo bardzo często dochodzi do kresu. Tej wytrzymałości macicy dowodzi między innymi i jeden z naszych przypadków (7.), w którym mimo przeszło dwa tygodnie trwającego zapalenia otrzewnej i mimo laparotomii podczas tego zapalenia nie przyszło do poronienia, a w wyższym jeszcze stopniu dowodzi tego przypadek Ohagego[4]), w którym operator obchodził się z macicą ciężarną podczas owaryotomii wcale niedelikatnie a mimo to nie wpłynęło to niekorzystnie na przebieg ciąży. Zresztą ta wytrzymałość jest okolicznością nie potrzebującą dowodów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Olshausen: Krankheiten der Eierstöcke 1886.
[2]) Engström: De l'ovariotomie pendant la grossesse. Annales de gynécologie 1890. Oct. p. 241.
[3]) Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe 1888. pag. 460.
[4]) Ohage: Centrbl. für Gynaekol. 1891. Nr. 22.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Motet: Zatrucie tlenkiem węgla. Autoobserwacya.

Nader zajmująco opisuje M. smutny przypadek, jakiemu uległ, objeżdżając swych chorych w zamkniętym, ogrzanym za pomocą małego piecyka na węgle powozie. Zakończywszy jednę z wizyt lekarskich wsiadł M. do oczekującego go powozu, którego drzwi i okna były przez czas czekania zamknięte. W powozie nie zdradziła obecności tlenku węgla żadna woń; nagle poczuł M. jakby dwa gwałtowne uderzenia w uszy i mocne w nich dzwonienie. Głowa jego została gwałtownie rzuconą o przeciwległą ścianę powozu, którego okno w tej chwili uchylił. Co się potem z nim działo, nie pamięta i nie wie, jak dostał się na plac Giełdy i miejsce, do którego zdążał. Otworzywszy drzwi powozu, chciał zejść, lecz zawrót głowy, nudności i niemoc w nogach udaremniły wszelki wysiłek. Przy pomocy woźnicy opuścił wreszcie powóz, jednak zawrót głowy i kołowanie całego otoczenia nie dozwalały mu stać bez pomocy. Wobec tego stanu powrócił M. do swego mieszkania. Teraz wystąpiły gwałtowne wymioty, tem przykrzejsze, iż żołądek M. był próżnym; zimny pot okrył mu twarz, czuł się bliskim omdlenia. Leżąc w łóżku nie mógł się podnieść; wówczas bowiem doznawał zaraz bardzo przykrego zawrotu głowy. Po ustaniu wymiotów, czuł się autor mocno znużonym, jednak ból głowy lub śpiączka nie wystąpiły w ciągu choroby ani na chwilę. Przez pierwsze dwa dni oddawał znaczne ilości moczu czystego, jak woda (*polyuria*), trzeciego dnia był już mocz prawidłowym. W nocy tegoż samego dnia dźwięczenie w uszach płoszyło z początku sen z powiek, potem jednak popadł M. w stan pośredni między snem a czuwaniem; myśli różne wirowały w umyśle, szczególnie nie wykonany w ciągu dnia zamiar napisania listu, to też chwilami widział się M. siedzącym przy stole i piszącym ów list. Jakiś chaos utrudniał zebranie myśli za każdem a częstem budzeniem się; połowicza świadomość gnębiła umysł nieokreślonym lękiem. Nad ranem pierwszej nocy po przypadku usnął na dwie godziny a kiedy się przebudził, stan jego polepszył się dość znacznie tak, iż wieczorem dnia drugiego doznał zaledwie kilkakrotnie zawrotu głowy i złudzeń wzrokowych. I tak np. zdawało się autorowi, iż mały żyrandol, wiszący w pokoju, podobnie i dwa obrazy zawieszone na bocznej ścianie, rytmicznie podnoszą się i zniżają; badając swe tętno przekonał się, że rytmiczne ruchy żyrandola i obrazów występowały równocześnie z uderzeniem tętna. Trzeciego dnia usiłował autor wstać i przejść się po pokoju, ruchy jednak nóg były niezborne i ponowił się zawrót głowy. W ciągu tegoż dnia prócz astazyi i abazyi (niemożności stania i chodzenia) nie było żadnych objawów, apetyt wrócił po 48-godzinnem wyposzczeniu się a po środku przeczyszczającym ustały zawroty głowy; przykrą była jednak niemożność chodzenia i niezborność ruchów przy próbach chodzenia, podobna do tej, jaką się widzi u dziecka, stawiającego pierwsze kroki. Piętnastego dnia po przypadku z trudnością i chwiejnym krokiem mógł autor chodzić po schodach a po upływie sześciu miesięcy chód jego nie odzyskał jeszcze swej dawnej pewności.

Jedynym środkiem leczniczym, którego autor używał, było wziewanie tlenu.

Zajmującą autoobserwacyę kończy M. słowami, iż ogrzewanie powozów piecykami jest niebezpieczne i naraża ludzi na nagłe a groźne niebezpieczeństwo zaczadzenia; dlatego też winny go władze wzbronić surowo. (*Annal. d'hyg. publ. et de médecine légale.* Marzec 1894). *Wachholz.*

Reichel: Przypadek ostrego otrucia fosforem. Wybroczyny w nerwach błędnych, uciśnięcie przewodu piersiowego, brak żółtaczki, cukromocz.

Przy sekcyi 24-letniej aktorki, zmarłej wskutek otrucia fosforem, znaleziono rozległe podbiegnięcia krwawe luźnej tkanki około naczyń na szyi, obejmujące także pochewkę i miąższ obu nerwów błędnych. Te podbiegnięcia sięgały od podstawy czaszki wzdłuż stosu kręgowego ku wnęce płuc. W tkance tylnego śródpiersia i pod opłucnemi znaleziono również krwawe wybroczyny. Wątroba przedstawiała na przekroju rysunek zatarty, miąższ wypukłał się, miał mało krwi, był żółto zabarwiony, miejscami jednak znaleziono żółtoczerwone ogniska. Przewód piersiowy (*ductus thoracicus*) w okolicy piersiowej krwią podbiegły w długości kilku centymetrów i w miejscu tem zwężony; część jego poniżej zwężenia rozszerzona, zawierała płyn krwawo zabarwiony.

Nigdzie nie dostrzeżono śladu żółtaczki, której brak tłómaczy R. tem, iż w tym przypadku treść jelit zawierała dostateczną ilość żółci; wreszcie tłómaczy autor ów brak żółtaczki, opierając się na doświadczeniach Fleischla, także i zmianą w przewodzie piersiowym, który stanowi jedyną drogę dostawania się żółci do obiegu krwi.

Natomiast odrzuca R. przypuszczenie Bollingera, wedle którego brak żółtaczki może się wydarzać w przypadkach szybkiego i ostrego zwyrodnienia wątroby, znoszącego doraźnie wytwarzanie się żółci. (*Wiener klin. Wochenschft.* Nr. 9. 1894). *Wachholz.*

Patologia.

Niedźwiecki (w Moskwie): Ciśnienie krwi w układzie żyły wrotnej (*vena portae*) wobec różnych wpływów mechanicznych i nerwowych.

W nader szczegółowej tej pracy badał N. zachowanie się ciśnienia w żyle wrotnej pod wpływem różnych czynników czysto mechanicznych, jak otwierania klatki piersiowej, zahamowania czynności serca, ucisku żyły głównej, zwężenia aorty i we wszystkich tych okolicznościach znalazł zmiany w ciśnieniu, zależne od zmian występujących w ciśnieniu żyły

głównej dolnej, do której pośrednio wlewa się krew z żyły wrotnej. Zaciskanie tętnicy wątrobowej obniża ciśnienie krwi w żyle wrotnej, co zgadza się z twierdzeniem Gada, że krążenie krwi w tętnicy wątrobowej upośledza krążenie w układzie żyły wrotnej. Po zaciśnięciu aorty a następnie i żyły wrotnej (koło samej wątroby) ciśnienie w żyle podnosiło się szybko, co zdaniem autora dowodzić ma, że krążenie w układzie tej żyły nie ustaje po zaciśnieniu tętnicy głównej. Szkoda tylko, że autor nie podaje czasu, który upływał od chwili zaciskania jednego naczynia do drugiego oraz czasu, przez jaki trwało to zaciskanie.

Druga kategorya doświadczeń, w których N. badał ciśnienie w żyle wrotnej pod wpływem zadraźnienia różnych nerwów, wykazała, że na ciśnienie to znaczny wpływ wywiera śledziona, która kurcząc się podczas draźnienia niektórych nerwów wpycha więcej krwi do żyły wrotnej, dalej zmiany w ciśnieniu tętniczem wywołane przez draźnienie pewnych nerwów, w końcu kurczenie się jelit.

Z środków farmakologicznych azotyn amylowy obniża ciśnienie po chwilowem podwyższeniu, chloral, chinina, pilokarpina, strychnina, sporysz go powiększają. W bliższe szczegóły przyczyn tych zmian w ciśnieniu nie dozwalają wchodzić ramy tego wyciągu.

Opisu sposobu, w jaki autor ciśnienie żylne oznaczał, czy graficznie, czy przez bezpośrednią obserwacyę, jakim manometrem się posługiwał, nie znajdujemy w artykule powyższym, który jest streszczeniem dysertacyi inauguralnej. (*Centralbl. f. allg. Pathologie u. pathologische Anatomie.* Tom V. Nr. 12. z 15. Czerwca 1894). *Beck.*

Zapiski terapeutyczne.

— Döderlein: Leczenie eklampsyi (z kliniki położniczej w Lipsku). Mimo wielorakich usiłowań etyologia eklampsyi jest jeszcze ciemna a próby uznania eklampsyi za chorobę zakaźną upadły, bo polegały na prostych błędach w obserwacyi.

Löhlein zebrał materyał ze wszystkich klinik położniczych niemieckich i przekonał się, że na 52328 porodów było 325 powikłanych z eklampsyą. Z tych 325 kobiet umarło z eklampsyi 63 czyli 19.38%, 14 z innych komplikacyj, z 343 dzieci zaś przez nie urodzonych przyszło tylko 218 czyli 63.5% żywo na świat. Można przeto śmiało powiedzieć, że eklampsya jest bardzo groźna choroba.

Wobec braku podstaw do leczenia przyczynowego trzymano się w terapii eklampsyi dotychczas stanowiska albo lekarsko-symptomatycznego albo położniczego.

Z mnóstwa środków, nieraz entuzyastycznie zalecanych pokazały się jedne jako całkiem nieskuteczne, inne nawet jako wprost szkodliwe; tylko jeden środek cieszy się uznaniem akuszerów a jest nim wprowadzona do terapii eklampsyi przez G. Veita morfina, używana mianowicie w połączeniu z wziewaniami chloroformu i lawatywami z chloralu.

Löhlein wykazał, że śmiertelność w 86 przypadkach eklampsyi leczonych morfiną według Veita wynosiła tylko 13.9% w obec ogólnej, jak nadmieniono już, śmiertelności 19.38%, uważa jednak sam, że za mała to liczba przypadków do wydania stanowczego sądu.

Bardzo ważnem jest pytanie, co ma robić akuszer, gdy eklampsya wystąpi u rodzących. Czy ma spuścić się na morfinę, chloroform i chloral a poród zostawić samejże naturze, czy też ma w celu leczenia eklampsyi poród przyspieszyć? Jeżeli na pierwsze pytanie odpowie twierdząco, musi nieraz 24 i 48 godzin trzymać rodzącą w ciągłej narkozie, co oczywiście jest zadaniem bardzo trudnem i pełnem odpowiedzialności.

Pod względem położniczym trzymano się w leczeniu eklampsyi przeważnie postępowania wyczekującego.

Jeżeli były warunki do ekstrakcyi, to oczywiście nie wahano się ukończyć porodu; przestrzegano jednak stanowczo przed każdem usiłowaniem gwałtownem ukończenia porodu, ponieważ uraz taki miał draźnić nerwy i przezto wywoływać napady eklamptyczne. Dlatego najczęściej w eklampsyi przed porodem i podczas porodu trzymano się leczenia przypadowego, wewnętrznego, aż nadszedł czas rozwiązania sztucznego lub nastąpił poród naturalny.

Dopiero Dührssen wykazał w r. 1892 na podstawie wielkiego, krytycznie opracowanego materyału, że operacya, nawet w razie potrzeby bardzo gwałtowne rozwiązanie rodzącej, byleby odbyło się w głębokiem uśpieniu chloroformowem, nie tylko nie wywiera szkodliwego wpływu na eklampsyę, ale że bardzo prawdopodobnie wczesne ukończenie porodu usuwa eklampsyę.

Daty statystyczne Brummerstädta i Schauty, według których z ukończeniem porodu ustaje eklampsya tylko w 29 do 33% przypadków, nie mają zdaniem Dührssena teraz znaczenia dlatego, ponieważ w bardzo wielu tych przypadkach rozwiązywano rodzące bez narkozy chloroformowej, co oczywiście potężnie draźniło układ nerwowy.

Jakoż Dührssen widział na 80 rodzących z eklampsyą, rozwiązanych sztucznie w narkozie, ustanie napadów eklamptycznych u 75 czyli u 93·75%, co uprawnia do orzeczenia, że eklampsya jest energiczną skazówką do sztucznego rozwiązania rodzącej.

Zastosowanie tego jednak w praktyce napotyka na wielkie trudności.

Jeżeli rodząca dostaje napadu eklamptycznego już w okresie rozwierania się dróg porodowych, gdy część pochwowa zanikła a ujście otwarte na kilka centymetrów, zadanie jest łatwe, gdyż przez nacięcia rozwiera się jeszcze bardziej drogi porodowe i przystępuje do użycia kleszczy lub innej operacyi celem rozwiązania.

Jeżeli jednak podczas pojawienia się eklampsyi albo bólów porodowych całkiem nie ma albo dopiero się rozpoczęły, to i wtedy Dührssen nie odstępuje od swego zdania, by rodzącą rozwiązać jak najrychlej, i radzi, gdyby nacięcia były zbyt wielkim urazem, rozszerzyć szyjkę macicy zapomocą kolpeuryzy przez wprowadzenie do niej kolpeuryntera napełnionego za użyciem irygatora $^1/_2$ litra wody i przeprowadzonego przez ujście maciczne.

König podaje, że w klinice lipskiej postąpiono sobie według rady Dührssena i na 18 rodzących, nawiedzonych eklampsyą a rozwiązanych gwałtownie (*accouchement forcé*) przez nacięcie, stracono tylko jedną i to nie na eklampsyą, ale na ostre zakażenie gnilne. Wobec tego, że Löhlein z tejże samej kliniki podaje, że na 19 przypadków leczonych morfiną stracono 4, dwa z eklampsyi a dwa z powikłań, nie ma wątpliwości mimo niewielkich liczb, że rada Dührssena stanowi rzeczywisty postęp w leczeniu eklampsyi.

Łatwo jednak pojąć, że podobne postępowanie terapeutyczne, już w klinikach bardzo trudne, jest jeszcze trudniejsze w praktyce prywatnej i dlatego znaleźli się tacy, którzy w przypadkach tego rodzaju wolą uciec się nawet do cięcia cesarskiego.

Ze zestawienia publikacyj w tej mierze (między niemi jednej Dra Święcickiego w Poznaniu) pokazuje się, że z przyczyny eklampsyi wykonano dotychczas 19 razy cięcie cesarskie, z czego 11 kobiet wyzdrowiało a 8 umarło. Przyczynami śmierci było: raz zapalenie gnilne otrzewny (w przypadku Halbertsmy w 1878.), raz krwotok do mózgu, raz gruźlica prosowata, raz ropnica, cztery razy obrzęk płuc (do nich należy przypadek Święcickiego), zatem tylko trzy przypadki śmierci, w których cięcie cesarskie nie mogło ochronić od niepomyślnego zakończenia sprawy lub może nawet przyczyniło się do niego. W jedynym tylko przypadku nie widać było wpływu cięcia cesarskiego na napady eklamptyczne.

Zresztą we wszystkich innych eklampsya ustała po cięciu cesarskiem albo odrazu, albo powoli w postaci napadów coraz słabszych.

Nie ma przeto wątpliwości, że i cięcie cesarskie wpływa pomyślnie na eklampsyę, czyli że leczenie tej choroby w przyszłości powinno polegać więcej, niż dotychczas, na rzeczywistem działaniu położniczem. (*Münchener med. Wochenschrift.* 26. Czerwca 1894).

— A. Le Gendre. Leczenie błonicy za pomocą pomazywania zgęszczonymi rozczynami glicerynowymi sublimatu. Wiadomo, że działanie żrące wielu substancyj łagodzi się znacznie, jeżeli ich używa się rozpuszczonych w glicerynie. Tak np. można do przewodu słuchowego zewnętrznego zapuszczać śmiało rozczyn 10 i 20% kwasu karbolowego w glicerynie. Toż samo tyczy się sublimatu, którego używał z bardzo dobrym skutkiem Goubeau w leczeniu błonicy gardła w rozczynie glicerynowym, zawierającym $^1/_{30}$ lub nawet $^1/_{20}$ sublimatu, gdy dawniej posługiwał się rozczynem wodnym, zawierającym od 0·5 do 1‰ tego ciała.

Le Gendre tak opisuje sposób używania glicerynowego rozczynu sublimatu w leczeniu błonicy gardła: Naprzód tamponem z waty wsysającej wodę (*hydrophile*) usuwa się wszystkie błony wrzekome, trzymające się słabo a zostawia na miejscu te, które trzymają się mocno, a to dla tego, by przez użycie zbytniej siły nie obrazić błony śluzowej; następnie przepłukuje się gruntownie zapomocą irygatora jamy nosową i ustną kilkoma litrami kwasu karbolowego 0·25%. Teraz dopiero przystępuje się do pomazania tamponem z waty, zanurzonym w rozczynie glicerynowym, zawierającym sublimatu $^1/_{30}$ na początku a $^1/_{20}$ na drugi lub trzeci dzień choroby. Tampon wyciska się z nadmiaru płynu, zakłada obniżacz języka (*abaisse-langue*) i pomazuje części zajęte i sąsiednie, poczem wśród ciągłego trzymania w jamie ustnej owego obniżacza języka usuwa się nadmiar sublimatu tamponem suchym.

Te pomazywania zresztą mało co bolesne robi się dziennie po dwa razy w przypadkach lekkich a po trzy razy w przypadkach ciężkich.

Na 42 przypadków błonicy, w których użyto tego sposobu leczniczego, było 19 lekkich, 5 ciężkich a 18 z objawami ogólnego zakażenia.

Z 19 lekkich jeden tylko zakończył się śmiercią przez zajęcie przez błonicę krtani; prawie zaś wszystkie inne nie okazywały żadnych złogów już po 2-ch do 4 dniach.

Z 5 chorych na ciężką błonicę umarło dwóch z dławca a jeden na zapalenie oskrzeli i płuc.

Z 18 przypadków z objawami ogólnego zatrucia połowa skończyła się śmiercią.

W ogólności znosili dobrze chorzy leczenie, o którem mowa; w dwóch tylko przypadkach wystąpiły lekkie objawy zatrucia rtęcią w postaci rozwolnienia i wymiotów, jednakowoż bez żadnego śladu zapalenia dziąseł.

Zdaniem Moizarda pomazywania zgęszczonym rozczynem sublimatu nie nadają się u dzieci ani bardzo małych, które mogą łatwo dostać ogólnych objawów zatrucia rtęcią już po małych dawkach tego środka, ani niepojętnych, któreby mogły połknąć tampon napojony mocnym rozczynem sublimatu. Zresztą można używać leczenia, o którem mowa, u wszystkich chorych na błonicę gardła, stósując zgęszczenie rozczynu do ich wieku. (*La semaine médicale*. 27. Czerwca 1894).

— K. Büdinger: O porażeniach po chloroformowaniu. Jakkolwiek porażenia jednej lub obydwóch kończyn górnych po chloroformowaniu z powodu operacyj nie liczą się do rzadkości, dopiero autor zajął się niemi ściślej na podstawie obserwacyi 9 przypadków.

Porażenia, o których mowa, są zdaniem autora dwojakie: obwodowe, najczęstsze i ośrodkowe, bardzo rzadkie.

Porażenia obwodowe pojawiają się u osób, u których jedno lub obydwa ramiona utrzymywano w podniesieniu ponad głowę podczas długich operacyj. Można się przekonać przez doświadczenia na zwłokach, że przez podniesienie ramienia w położenie wyższe od poziomego powstaje ucisk na splot ramienny, osobliwie na górne jego gałęzie. Sprzyja temu brak podściółki tłuszczowej. Dlatego też wszystkie przypadki postrzegane przez Büdingera tyczą się osób wychudłych i osłabionych. Ważną także rolę odgrywa położenie głowy ku tyłowi i ku stronie przeciwnej podniesieniu ramienia, jak łatwo pojąć, przez napięcie gałęzi splotu ramiennego.

Oczywistą jest rzeczą, że z tych stósunków anatomicznych wypadają pewne prawidła dla chloroformowania, by zapobiegać skutecznie owym porażeniom; pamiętać wszakże należy, że sam ucisk nie wystarcza do wywołania porażenia, że trzeba przypuścić jeszcze również naciągnienie a nawet częściowe przerwanie pewnych włókien nerwowych, czegoby dowodziły pewne przypady ze strony źrenicy a przez to i nerwu współczulnego, który przecież nie może uledz uciskowi przez obojczyk.

W przypadkach świeżych zboczenia ruchowe, jakkolwiek tyczą się całego ramienia, nie występują jednak zarówno we wszystkich, lecz przeważnie w pewnych tylko mięśniach, jak trójkątnym (*deltoideus*), dwugłowym, przednim ramiennym i długim odwracającym czyli ramieniо-sprychowym (*supinator longus*). Mięśnie przedramienia i ręki zazwyczaj mało są dotknięte. Objawy porażenia mogą trwać bardzo długo; jakoż utrzymywały się w jednym przypadku 18, w drugim nawet 30 miesięcy. Poprawa rozpoczyna się zazwyczaj od obwodu t. j. od palców. Czucie wraca rychlej niż władza.

Porażenia ośrodkowe są bardzo rzadkie, jakeśmy już nadmienili. W jednym z nich znaleziono ognisko rozmiękłe w mózgu.

Rozróżnienie porażeń obwodowych od ośrodkowych czyli mózgowych opiera się oczywiście na ogólnych zasadach dyagnostyki chorób układu nerwowego. Zwężenie szpary powiekowej i źrenicy tudzież cofnięcie się gałki ocznej w tył są przypadami nadwerężenia nerwu współczulnego. (*Archiv für klin. Chirurgie* Tom XLVII. Zeszyt 1).

— L. Jullien: O wczesnem i energicznem leczeniu kiły rtęcią (ze szpitala św. Łazarza w Paryżu). Autor sądzi, że niesłusznie całkiem używa się za mało wczesnego i energicznego leczenia kiły rtęcią, skoro tylko rozpozna się wrzód twardy, i zaleca w tym celu gorąco wstrzykiwania podskórne kalomelu (gram w 10-ciu gramach wazeliny płynnej na 10 wstrzykiwań). Wstrzykiwania te robi się z najściślejszem zachowaniem antyseptyki, jak tylko można najgłębiej, między mięśnie pośladkowe w odległości 4 do 5 cm. od kości krzyżowej i powtarza się je co 15 dni. Leczenie to, zastósowane od ukazania się wrzodu twardego, przeszkadza jego rozwojowi, przyspiesza jego zabliźnienie się i opaźnia, tudzież łagodzi pojawienie się przypadów drugorzędnych, które zamiast zwykłych sześciu tygodni pokazują się dopiero po dwóch, trzech i czterech miesiącach i są o wiele mniejsze, niż bez tego leczenia. Jeżeli leczenie rozpoczyna się dopiero po dwóch lub trzech tygodniach od ukazania się wrzodu twardego, nie widać owej korzystnej zmiany w przebiegu choroby. Co się tyczy późnych objawów kiły, to według 4-letniego doświadczenia autora mają być chorzy od nich zupełnie zabezpieczeni.

Leczenie trwać winno koniecznie od 5 do 6 miesięcy; dawkę stósować należy do odporności i sił a prawdopodobnie i ciężaru chorego a wstrzykiwać później tylko co 20 do 25 dni. Z tych doświadczeń wnosi Jullien, że jest błędem czekać z leczeniem na zakażenie całego ustroju, i oświadcza, że jest zwolennikiem leczenia poronnego kiły.

W dyskusyi, która rozwinęła się nad tym odczytem w paryskiem Towarzystwie terapeutycznem, powiedział C. Paul, że działanie rtęci w kile jest bardzo zawikłane i dotychczas jeszcze nader mało znane. Jest zdania, że nie ma korzyści z nasycania ustroju rtęcią: jeżeli bowiem zada się jej mało, przypady widocznie łagodnieją, jeżeli zaś zada za dużo, bywa przeciwnie. W szczególności u kobiet małe bardzo ilości rtęci wystarczają do usunienia przypadów kiły. Nasycenie organizmu z góry jest przyczyną charłactwa i osłabia ciało względem jadu. Zresztą kiła zachowuje się inaczej u mężczyzn, jak u kobiet a Jullien opiera swe twierdzenia na spostrzeżeniach w szpitalu dla kobiet. U kobiet n. p. stwardnienie rozwija się daleko później, niż u mężczyzn i dlatego roz-

poznanie dłużej nie jest pewnem a i to jeszcze zależy od siedziby wrzodu pierwotnego. Tak n. p. na tylnem spojeniu warg sromnych większych nie przychodzi nawet wcale do stwardnienia. Zresztą jeden przypadek przez autora przytoczony, w którym były aż 4 wrzody małe, pozwala wątpić, czy to była kiła. W ogóle ciężkość przypadów późnych kiły zależy od bardzo wielu okoliczności.

R. Blondel jest bardzo zadowolniony z działania kalomelu w formie wstrzykiwań podskórnych; używa wszakże gliceryny zamiast wazeliny i dodaje nieco kokainy w celu zmniejszenia bólu po wstrzyknieniu. *(Les nouveaux Remèdes*, 24. Czerwca 1894).

— Fraser w Edymburgu zaleca na podstawie własnych a licznych doświadczeń dwuchroman potasowy *(kali bichromicum)* w niestrawności (*dyspepsia*) i wrzodzie okrągłym żołądka. Zadawał go najczęściej w formie pigułek lub roztczynu, zazwyczaj na czczo, trzy razy dziennie po 5 miligramów, wyjątkowo po centygramie. Pomyślne działanie lecznicze tego środka tłómaczy sobie autor z działania przeciwgnilnego a zarazem i znieczulającego błonę śluzową.

— Wiadomo, iż gwajakol użyty zewnętrznie obniża gorączkę (por. *Przegląd lekarski* nr. 16. z r. b.). Guinard i Galey robili w tej mierze doświadczenia z 18 alkaloidami używanymi zewnętrznie na powierzchnię wewnętrzną ud w postaci maści lub rozczynów i przekonali się, że kokaina, sparteina, solanina i helleboryna obniżają temperaturę po zastósowaniu ich zewnętrznem. Ponieważ w tych doświadczeniach nie znaleziono w moczu ani śladu owych alkaloidów, sądzą autorowie, że nie ma tu wessania, lecz że działanie przerzeczone polega na wpływie na nerwy obwodowe.

— Otrucie gwajakolem. O. Wyss opisuje przypadek ciężkiego zatrucia gwajakolem u dziewczynki 9-letniej, u której przez nieuwagę użyto zewnętrznie około 5 cm. sz. gwajakolu. W 15 minut potem popadła owa dziewczynka w stan wielkiej apatyi. Przywołany natychmiast lekarz znalazł obrzmienie całej twarzy, mającej barwę czerwono-sinawą, nastrzykanie spojówek, zniesienie prawie zupełne odruchu rogówkowego, brak oddziaływania źrenic, skłonność do wymiotów, która jednak doprowadziła do wyrzucenia tylko małej ilości śluzu. Tętno regularne, 134. Czucie skórne znacznie upośledzone. Nie wiedząc, co się stało, sądził ów lekarz, że to padaczka i zalecił zimne okłady na głowę. Po trzech kwadransach minęła owa apatya i nastąpiły kilka razy wymioty, których woń właściwa naprowadziła lekarza na myśl, że rozchodzi się tu o zatrucie gwajakolem. Przystąpiono przeto do dokładnego przepłukania żołądka. To jednak nie pomogło. Pojawiły się plamy sine na kończynach i śpiączka, powiększyły się wątroba i śledziona, wystąpiły białkomocz i żółtaczka, w końcu śmierć 3-go dnia.

Sekcya wykazała: zapalenie powierzchowne języka, zapalenie gardła, ostry nieżyt mieszkowy *(follicularis)* żołądka z małemi nadżerkami, nieżyt jelit cienkich, znaczne obrzmienie śledziony, początek zwyrodnienia miąższowego wątroby, ostre zapalenie krwotoczne nerek, rozszerzenie serca ze zwyrodnieniem miąższowem mięśnia jego. Wynaczynionki na błonach surowiczych. W moczu prócz składników, właściwych wymienionemu zapaleniu nerek, osad dający odczyn fenolu.

Ten przypadek jest skazówką, jak trzeba być ostrożnym ze wstrzykiwaniami mięszaniny (150 części) gwajakolu i (20 części) jodoformu do jam gruźliczych, zalecanemi przez Mosetiga Moorhofa. Mięszanina ta, niewątpliwie na gruźlicę bardzo skuteczna, jest nader niebezpieczna; po gramie już wystąpić mogą nadzwyczaj groźne przypady, jak to widziano, a po użyciu kilku strzykawek Pravazowskich, nastąpić może śmierć w krótkim czasie wśród śpiączki i objawów porażenia serca. *(La médecine moderne.* 27. Czerwca 1894).

— Pawiński w Warszawie zaleca do zadawania dyuretyny przepis:

79) Rp. *Diuretini* 4·00—6·00
Aquae menthae pip. 100·00
Aquae destil. 90.00
Syrupi simplicis 10·00
MDS. Co 2 (lub 3) godziny zażywać po dwie łyżki stołowe.

— W czerwonce (*dysenteria*) zaleca Lieberson po zadaniu oleju rącznikowego lawatywy:

80) Rp. *Acidi borici* 16·00
Acidi tannici 3·00
Ttrae opii *guttas* 15
Aquae destil. 400·00

— W ostrym gośćcu stawowym (*rheumatismus articulorum acutus*) zaleca się pomazywanie stawów bolesnych płynem:

81) Rp. *Saloli*
Aetheris sulfurici *āā* 4·00
Collodii 30·00
M. D. in vitro bene clauso
S. Zewnętrznie.
(Le Formulaire. Czerwiec 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

VI. Posiedzenie z dnia 18. Maja 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 29.

1) Kol. Schmidt okazuje tablice przedstawiające przypadki daltonizmu i roztrząsa sposoby badania daltonizmu. Za najlepszy sposób uważa badanie ołówkami kolorowymi.

2) Kol. Barącz ma rzecz o laparotomii w gruźlicy otrzewny i przedstawia odnośny przypadek. Według Königa w 25% przypadków gruźliczego zapalenia otrzewny, bez względu na postać chorobową, następuje trwałe wyleczenie po laparotomii. W ostatnich czasach starał się Lauenstein tłómaczyć korzystne działanie laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewny w ten sposób, że prątki gruźlicze giną w skutek działania światła i osuszenia. W tym celu poleca po dokładnem osuszeniu jamy otrzewnowej wystawić otrzewnę ścienną i trzewową na kilkominutowe działanie promieni słonecznych. Przypadek przedstawiony przez kol. B. tyczy się 3-letniej dziewczynki, operowanej przed 2 tygodniami a nawiedzonej gruźlicą prosowatą tak otrzewny ściennej jak trzewowej. Po wypuszczeniu 2 litrów płynu i osuszeniu jamy brzusznej wystawił kol. B. według propozycyi Lauensteina pętle jelit na 8-minutowe działanie promieni słońca. Wynik na razie jest idealny, gdyż nie można wykazać nawet śladu płynu w jamie brzusznej a wejrzenie chorej poprawiło się znacznie. Kol. B. zachęca do dalszych prób z metodą Lauensteina, którego wywody wydają mu się racyonalnemi. (Referat własny).

Dyskusya: Kol. Ziembicki wykonał około 20 laparotomij z powodu gruźliczego zapalenia otrzewny i miał zawsze najlepsze wyniki. Że jednakże nie koniecznem jest osuszanie jamy otrzewnowej i działanie światła i że tem samem niesłuszną jest teorya wypowiedziana przez kol. Barącza, dowodzi to, że kol. Z. w swoich przypadkach przemywał jamę otrzewnową wodą ciepłą przegotowaną albo wodą borową.

Kol. Skałkowski opisuje przypadek, w którym po otwarciu jamy brzusznej znalazł otrzewnę zasianą mnóstwem drobnych guzków i zrosty znaczne. Płynu żadnego nie wypuszczono. Po zagojeniu się rany operacyjnej chora wyzdrowiała. Mader przypisuje korzystny wpływ laparotomii w gruźlicy otrzewny uciskowi, który stósuje się po wypuszczeniu płynu.

Kol. Schramm: Według najnowszej teoryi wpływ leczniczy laparotomii na gruźlicę otrzewny należałoby przypisać mocnemu zadrażnieniu i czynnemu przekrwieniu otrzewny. Wywołuje ono zrosty otrzewnowe, wśród których mają ginąć gruzełki wraz z zawartymi w nich prątkami. Przemawiałby za tą teoryą także mój ostatni przypadek: U dziewczynki 11-letniej z rozpoznaniem gruźlicy otrzewny i ze znacz-

nym wysiękiem płynnym zrobiono nakłucie bez stałego skutku. Następna laparotomia wykazała, że cała otrzewna tak ścienna jak trzewowa była zasiana drobnymi gruzełkami. Jamę otrzewnową, o ile się dało, wysuszono kompresami z gazy sterylizowanej. Przebieg pomyślny. Po 6 tygodniach w brzuchu mała ilość płynu; mocne bóle w brzuchu zwłaszcza przed stolcem wskazują na wytworzenie się rozległych zrostów. Przypady te ustąpiły powoli i dziś w 8 miesięcy po operacyi dziecko jest zupełnie zdrowe. Należy też mieć na uwadze, że są przypadki makroskopowo podobne do gruźlicy otrzewny a przecież nie są gruźlicą. Być więc może, że wielka część pomyślnych wyników odnosi się właśnie do takich przypadków. Przypuszczenie to usprawiedliwione jest zwłaszcza tam, gdzie nie było badania drobnowidowego. (Referat własny).

Kol. Festenburg opisuje przypadek gruźlicy otrzewny, w którym przed 2 laty wykonał laparotomią. Jamę otrzewnową przepłukano wodą borową. Po operacyi w pierwszym dniu znacznie podwyższona ciepłota ciała, następnie prawidłowa. Chora wyzdrowiała i obecnie nie ma żadnych przypadków chorobowych.

Kol. Barącz przyznaje, że możnaby także tłómaczyć sobie korzystny wpływ operacyi sprowadzeniem przekrwienia i mocnem zadraźnieniem otrzewny; jeszcze tej sprawy nie rozstrzygnięto.

3) Kol. Barącz przedstawia dziecko ze znaczną kontrakturą małego palca ręki w skutek głębokiej blizny po oparzeniu. Kol. B. operował je sposobem Maasa, t. j. pokrył ubytek po wycięciu blizny dwoma płatami wziętymi ze skóry brzucha i klatki piersiowej. Poprawa jest znaczna, jednak wynik nie jest zupełnie dobry. Metoda Maasa może oddać znaczne usługi przy bliznach kończyn i kontrakturach po oparzeniach utrudniających ruchy kończyny. (Referat własny).

Kol. Schramm nie uznaje prawa do tak znacznego zabiegu w przypadku przedstawionym. Tutaj bowiem sama tenotomia i transplantacya sposobem Thierscha byłaby doprowadziła do takiego samego rezultatu; nadto w przypadku przedstawionym wyniku nie można nazwać dobrym. Sposób Maasa oddaje znaczne usługi, ale w przypadkach, gdzie chodzi o poprawienie ważniejszych funkcyj, niż piątego palca.

Kol. Ziembicki podziela zdanie kol. Schramma.

4) Kol. Barącz okazuje przyrząd Murphego (*Murphy button*) do wykonania enteroanastomozy i cholecystenterostomii bez szwu. Za pomocą tego zmyślnego przyrządu można wykonać wszelkie enteroanastomozy bardzo szybko, podobnie jak przez użycie metody Senna; sposób ten zabezpiecza więc rzeczywiście przed wstrząsem i zakażeniem jamy brzusznej a ma jeszcze tę korzyść, że następowe zwężenie jelita ma być wykluczonem. Przyrząd składa się z dwóch części (połów): męzkiej i żeńskiej; obie mają postać grzyba. W męzkiej części znajduje się wewnątrz sprężyna służąca do przytrzymania żeńskiej; za pomocą odpowiednich haczyków obie części trzymają się razem po zbliżeniu. Obie połowy guzika wprowadza się albo w koniec jelita resekowanego albo w otwór boczny w jelicie, które ma się połączyć z drugiem. Koniec jelita resekowany obrzuca się szwem kuśnierskim, który ściąga się po wprowadzeniu guzika, przezco koniec jelita obcieśnia koniec wałkowaty guzika. Po związaniu szwów oba końce jelita wgłabiają się; po zbliżeniu guzików do siebie gotową jest anastomoza. Część jelita zamknięta pomiędzy brzegami guzików ulega powoli nekrozie a guziki opuszczają na drodze naturalnej przewód pokarmowy, co trwa od 8 dni do miesiąca. Murphy wypróbował swój przyrząd doświadczalnie i klinicznie; zawsze używał go z korzyścią, poleca go zatem do dalszego wypróbowania. Przyrząd ten nadaje się nie tylko po resekcyach jelita do zbliżenia jego świateł. ale i do wszelkich enteroanastomoz i do cholecysto-enterostomii. (Referat własny).

5) Kol. Ziembicki okazuje wyrostek robaczkowy, wycięty z powodu rozpoczynającej się zgorzeli jego w przepuklinie uwięzłej. Pętla jelita nie okazywała jeszcze żadnego śladu zmian patologicznych a wyrostek robaczkowy przedstawia wybitne objawy rozpoczynającej się zgorzeli.

W dyskusyi przemawiali kol. Schramm i kol. Barącz.

6) Kol. Schramm okazuje dwa kamienie wyjęte z pęcherza 5-letniego chłopca, jeden wielkości orzecha włoskiego, drugi orzecha laskowego; powierzchnie ich zupełnie gładkie, miejscami wyszlifowane.

Na zapytanie kol. Barącza co do sposobu operowania odpowiada kol. Schramm, że w tym przypadku operował zwyczajnem cięciem górnem. Ostatnie 6 przypadków kamienia operował kol. S. sposobem śródotrzewnowym Rydygiera, zawsze z korzystnym wynikiem; na podstawie ostatniego przypadku jednakże zachodzi podejrzenie, azali szew pęcherzowy założony na otrzewnę nie może dostać się do pęcherza, którego błona śluzowa pozostaje niezespojona, i dać sposobność do ponownego utworzenia się kamienia.

Na tem zakończono posiedzenie. Sekretarz: *Dr Bory.*

VI. Z wycieczki do Kneippa.

Podał

Dr. J. Surzycki.

Tak często zadają nam lekarzom pytanie, czy i o ile tak zwana kuracya Kneippowska jest racyonalna lub nie, tyle razy żądają od nas objaśnienia, na czem ona mianowicie polega, co w niej tkwi dobrego lub złego, że wobec tego lekarz, chcąc nie chcąc, powinien ją zbadać i jakieś stanowisko zająć w obec swych pacyentów; zbadawszy zaś rzecz całą bez uprzedzenia, może zdać sobie jasno sprawę, czy ma prawo choremu zabraniać, czy też pozwolić na wyjazd do Wörishofen.

Udawać, że o tej metodzie nic się nie wie, zaprzeczać istnieniu zakładu Kneippowskiego jest niewłaściwem według mnie postępowaniem i jak z jednej strony może nas spotkać zarzut uprzedzenia i jednostronności, tak z drugiej strony być może, że czynimy wielki błąd, nie posyłając chorych do Wörishofen, kiedy oni i bez naszej aprobaty tam wciąż jeżdżą i czasem wracają z dobrym skutkiem; bo zdawałoby się w pierwszej chwili, że to jest dla chorego wszystko jedno, czy kuracyę hidropatyczną prowadzi Dr. X czy Z, czy też ks. Kneipp na swój sposób — wszędzie działa zimna woda odpowiednio użyta a rezultaty tu i tam otrzymane mogłyby rozmaicie świadczyć o dobroci tych zakładów wodoleczniczych.

Mając więc nieraz do czynienia z podobnymi pacyentami, chciałem nareszcie sam przekonać się, jak zakład ten urządzony, na czem polega jego wyższość nad podobnymi zakładami i w czem tkwi ta wychwalana skuteczność kuracyi Kneippowskiej. Zwiedziwszy więc ubiegłego lata niektóre zakłady wodolecznicze w Austryi i Szwajcaryi, wstąpiłem wreszcie i do Wörishofen, będąc pewny, że zabawię tam dni kilkanaście i czegoś nowego nauczę się od asystentów sławnego ks. Kneippa a dyplomowanych lekarzy.

Wörishofen leży w południowej Bawaryi mniej więcej 6 godzin drogi koleją od Monachium, jadąc ku Szwajcaryi. Najbliższą stacyą dla Wörishofen jest Türkheim, zkąd w ciągu godziny dojeżdża się końmi do wsi, od roku 1886. sławnej przez istniejący w niej zakład. Dojeżdżając już do Wörishofen na 2 do 3 kilometrów od wsi, dostrzega się na otaczających wieś łąkach całe zastępy kuracyuszów biegających i wykonywających rozmaite ewolucye a im bliżej do wsi, tem liczba ich zwiększa się. Wszędzie widać jedynie wyznawców tego nowego systemu, oddanych z całem poświęceniem się swojej kuracyi. Okolice Wörishofen nieładne, kraina płaska, brak malowniczości zupełny i tylko odrobina lasu, nieopodal wsi widniejąca, urozmaica to miejsce. To też i droga z kolei do wsi nudna, zwłaszcza przy spokojnym temperamencie koni pocztowych. O mieszkanie tutaj nie trudno; zaraz w pierwszym hotelu znalazłem mały pokoik o cenie przystępnej a jak się przekonałem, był to jeden z dwóch hoteli porządniejszych, obok kilkunastu will i prywatnych domków,

w których można znaleść dość skromne pokoiki. Wörishofen bowiem jest wsią i ma pozór naszego małego miasteczka, tylko bez Żydów i rynku, ale co do schludności i czystości wcale nie odbiegło daleko od naszych wymagań, bo i uliczki niebrukowane, tylko szosa, chodników po większej części niema, a błoto potężne po każdym deszczu zlewa się z ciekącą gnojówką z pod każdego niemal domu i tworzy wcale nielecznicze, duszne powietrze, tem bardziej podczas suszy, kiedy pył i kurz są nie do zniesienia. Uliczki wązkie z brudnemi rynsztokami, żadnych alei, a więc i cienia brak do przechadzki; przez środek zaś wsi płynie mała rzeczułka, która poza wsią stanowi miejsce dla tak zwanego *Wassertreten* i innych podobnych procedur. Domy przeważnie parterowe z pruskiego muru, ale jest już dosyć piętrowych a nawet dwupiętrowych kamienic i will, których z każdym rokiem przybywa, zwłaszcza na krańcach wsi; tam też lokują się zwykle zamożniejsi pacyenci. Dodać też muszę, że mieszkańców stałych wraz z klasztorem ma Wörishofen około 1000. Gdziekolwiek wyjdzie się, spotyka się całe kompanie kuracyuszów, którzy wykonywają rozmaite procedury a potem są zajęci rozgrzewaniem się przez szybkie chodzenie a nawet pędzenie kłusem po kamienistej drodze w sandałkach lub bez nich. Naturalnie, że nie trudno znaleść swoich znajomych Polaków i od nich można dowiedzieć się wielu szczegółów. Że w takich odosobnionych grupach mowa jest tylko o cudach, których dokonywa ksiądz Kneipp, o paralitykach uzdrowionych, o ociemniałych, którym po każdym *Obergussie* wzrok wracał, tego nie potrzebuję dodawać; jednem słowem żyje się w atmosferze cudów i nieprawdopodobieństw dla każdego zwykłego śmiertelnika, ale Kneippiści suggestyonują się wzajemnie i wierzą w rzeczy wprost niemożliwe. O żadnych zabawach, koncertach, teatrze nie ma mowy w takiej wiosce a tylko czasami w Niedzielę bywają koncerty w jednej restauracyi, gdzie schodzą się kuracyusze na piwo i słuchają cygańskiej muzyki.

Każdy nowoprzybyły gość znalazłszy sobie mieszkanie, co jak powiedziałem, nie bywa trudno w obec usłużności posługaczy czyhających na gości, zgłasza się zaraz do kancelaryi tak zw. *Kneipp-Vereinu* i zapłaciwszy 2 marki otrzymuje mały notatnik z uwagami co do zachowania się podczas kuracyi, z oznaczeniem godzin lekarzy ordynujących i ks. Kneippa, oraz puste kartki wewnątrz, gdzie zapisują się procedury hidropatyczne ordynowane przez Kneippa. Z taką książeczką idzie się do jednego z lekarzy asystentów, a jest ich oficyalnie 3ch (Dr. Baumgarten Iy, Dr. Eichmann IIgi, Dr. Wirtz IIIci), oprócz 2ch czy 3ch innych, którzy na własną rękę ordynują a jeden nawet z nich (Dr. Maks Packe) używa tytułu *1er médecin attaché à la clinique de Wörishofen*, ażeby skuteczniej na ludzi zadziałać; ci lekarze zwykle za opłatą 3 marek zbadawszy powierzchownie chorego, nieraz nawet przez tużurek słuchając szmerów serca, zapisują rozpoznanie po łacinie do tego *Verordnungs- und Vorlassungs-Buchu*. Lekarze nic sami nie ordynują, a jeżeli który z nich ośmieli się coś sam zaordynować lub też nie jest bezwzględnym wyznawcą zasad ks. Kneippa, to przy pierwszej lepszej sposobności zostaje usunięty i kto inny wchodzi na jego miejsce. A że taka posada jest dobrze płatna, więc i kandydatów nie brak i ten, kto na nią raz się dostanie, nie stara się wchodzić w kolizyę z ks. Kneippem.

Godziny ordynacyjne ks. Kneippa są zwykle od 9. do 10. rano i popołudniu od $1^{1}/_{2}$ do 4. w Sebestianeum i w tych godzinach przyjmują całą masę chorych, z których jedni płacą, drudzy nie płacą, stósownie do swej pozycyi socyalnej i przebytego czasu kuracyi, a dla wybranych t. j. takich, którzy mogą drożej zapłacić (nieraz i 10—12 marek, najmniej jednak 3 marki), ordynuje ks. Kneipp w przytułku dla dzieci (*Kinderasyl*), pomieszczonych w tym zakładzie a leczonych jego systemem. Wśród ścisku i gwaru tłumy chorych czekają na swoją kolej i kiedy ks. Kneipp zasiędzie przy stole w pokoju ordynacyjnym, otoczony całym sztabem asystentów, młodego wikarego, jakiejś starszej dozorczyni chorych i kilku przyjezdnych lekarzy, zaczyna się ordynacya: kolejno wchodzi jeden chory za drugim, podaje lekarzowi swoją książeczkę z wpisanem rozpoznaniem, ten głośno je czyta i podaje książeczkę ks. wikaremu, a równocześnie prawie ksiądz Kneipp spojrzawszy na chorego, nieraz nawet nie zadawszy żadnego pytania choremu, dyktuje ordynacyę, którą dla pośpiechu młody wikary notuje w skróceniu i oddaje książeczkę choremu. Na jednego miejsce już czeka inny chory a nieraz zdarza się, że kilku mężczyzn i kobiet naraz wchodzi tak, że kiedy chora opowiada, jak można najkrócej, o swem cierpieniu kobiecem, inni mężczyźni mimowolnie są świadkami tej spowiedzi, nieraz dość drastycznej. Idzie to wszystko tak pośpiesznie, że podczas godziny ordynacyjnej od 10ej do 11ej przesunęło mi się wówczas przeszło 40tu chorych; otrzymawszy bowiem pozwolenie od ks. Kneippa uczestniczenia w tych jego ordynacyach, przysłuchiwałem się z całą uwagą i notowałem sobie niektóre fakta, z których łatwo można wymiarkować, jak tu kwitnie blaga i mydlenie oczów biednym chorym, wierzącym w ks. Kneippa, jak w świętego. Przytoczę tutaj tylko kilka drastycznych przypadków, zanotowanych i obserwowanych podczas jednej takiej ordynacyjnej godziny. I tak: chory z wadą zastawki dwudzielnej w stanie niekompensacyi ma sobie polecone zimne zlewania (*Blitzgussy*) i te mają mu być codziennie stósowane. Właśnie tego chorego badałem wraz z innymi lekarzami przed stósowaniem tego natrysku i po natrysku, bo zdarzyło się tego dnia, że ksiądz Kneipp sam chciał stósować procedurę wskazaną po swojej godzinie ordynacyjnej, a chociaż zwracano uwagę, że takie natryski będą choremu szkodziły i że wystąpi duszność, tętno przyspieszy się i t. p., to jednak ks. Kneipp nie mający naturalnie pojęcia, na czem taka wada serca polega, nie chciał temu wierzyć. Istotnie tętno było przed natryskiem 104 i równe, oddechów 18, po natrysku 2-minutowym oddechów 42, tętno 144 arytmiczne a chory narzekał na duszność. To jednak ks. Kneippa nie przekonało i polecił dalej tak samo robić zlewania.

Drugi chory uskarżał się, że pomimo zimnych *Rückengussów* ciągle krwią pluje, a że w książeczce miał zanotowane *caverna pulm. dextri*, więc mu ks. Kneipp zmienił ordynacyę i zalecił *Oberguss;* naturalnie skutek można było przewidzieć.

Trzeci chory z *diabetes mellitus* ma polecone sobie *Blitzguss* i *Baarfussgehen*, *Ganzwaschung*, o dyecie zaś odpowiedniej ani wzmianki.

Czwarty chory z rozpoznaniem *myelitis transversa* zostaje wprowadzony przez dwóch posługaczy, także dostaje jakieś *Gussy* i narzeka, że mu nie lepiej; zmieniono mu więc na inne *Gussy* nie z góry, lecz z dołu.

Piąty chory z rozpoznaniem *sclerosis cerebrospinalis disseminata*, także w okresie późniejszym, zostaje oblewany

na różne sposoby, a kiedy prosi o zmianę kuracyi, bo mu nic nie lepiej, ks. Kneipp odpowiada: tylko cierpliwości, będzie dobrze. Dalej wchodzi chory z jaskrą trwającą od kilku miesięcy; dostaje *Oberguss* i *Schenkelguss* z nadzieją, że prędko nastąpi poprawa.

Chory z *otitis interna* otrzymuje *Vollgussy*, ale o leczeniu miejscowem ani mowy.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 5. Lipca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zapowiedziano wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

Dr. Henryk Kowalski (z Tarnowa): Jaki sposób leczenia błonicy gardłą daje najlepsze wyniki?

Dr. Jerzykowski (z Poznania): Przyczynek do nauki o cierpieniach rdzenia pacierzowego w następstwie tyfusu.

W sekcyi okulistycznej:

1) Dr. Juliusz Muttermilch z Warszawy: O leczeniu jaglicy środkami farmaceutycznemi. (Referat).

2) Dr. Adam Szulisławski ze Lwowa: O leczeniu operacyjnem jaglicy. (Referat).

3) Dr. Zygmunt Kramsztyk z Warszawy: O sposobach dążących do usunięcia jaglicy.

4) Dr. Emanuel Machek ze Lwowa: Statystyka jaglicy w Galicyi i w W. Ks. krakowskiem według dat urzędowych.

5) Dr. Ziemiński z Warszawy: Wskazania i przeciwskazania do operacyjnego leczenia jaskry. (Referat).

6) Dr. Machek ze Lwowa: O operacyi zaćmy bez irydektomii.

7) Dr. Ziemiński z Warszawy: O operacyjnem leczeniu wysokich stopni krótkowzroczności.

8) Dr. Sroczyński z Krakowa: W sprawie racyonalnego przepisywania szkieł w nierównej refrakcyi ócz.

9) Dr. Teodor Bałłaban ze Lwowa: Demonstracya instrumentaryum okulistycznego zestawionego podług najnowszych zasad aseptyki.

Dalej zapowiedzieli odczyty (tytuły podadzą później):

10) Walenty Kamocki z Warszawy, 11) Dr. Juliusz Steinhaus z Warszawy, 12) Dr. Zygmunt Kramsztyk z Warszawy i 13) Dr. Tytus Kicki ze Lwowa.

— Dnia 27. z. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. prof. Rydygier okazał szereg masek, używanych w klinice chirurgicznej krakowskiej do narkozy eterowej; są to maski Julliarda, Wanschera, Czernego i Vajna, podał ich zalety i wady w użyciu. Kol. Raczyński przedstawił fantom Schlossarka do ćwiczenia się w wykonywaniu intubacyi. Przyrząd ten okazuje się rzeczywiście pożytecznym w użyciu. W dyskusyi zabrał głos kol prof. Jakubowski. Kol. prof. Bujwid miał zapowiedziany odczyt o badaniu wody do picia. W dyskusyi zabierali głos kol. Ponikło i prelegent.

— Wydział krajowy zamianował w szpitalu św. Łazarza w Krakowie sekundaryusza II-ej klasy, Dra Gustawa Malinowskiego sekundaryuszem I-ej klasy, praktykantów zaś Dra Tadeusza Milewskiego i Dra Antoniego Biesiadzkiego sekundaryuszami II-ej klasy.

— Lekarz sztabowy pozasłużbowy, Dr. Panieński w Poznaniu mianowany fizykiem okręgu miejskiego poznańskiego i okręgu zachodnio-poznańskiego.

— Na wystawie higienicznej w Petersburgu otrzymał urząd lekarski miasta Warszawy medal złoty za swe prace statystyczne z zakresu higieny miasta a Dr. Józef Polak mały medal złoty za wydawnictwo czasopisma *Zdrowie*.

— Dr. Józef Polak otrzymał pozwolenie władzy na urządzenie w Warszawie wystawy higienicznej w r. 1895. Prezesem wystawy wybrano prof. Brodowskiego, wiceprezesami pp. Grotowskiego, Mościckiego, Dra Przewoskiego i inspektora urzędu lekarskiego Dra Troickiego. Sekretarzem głównym będzie Dr. Polak. Na miejsce wystawy projektowano stacyą filtrów wodociągów miejskich warszawskich.

— W dniu 22. Czerwca otwarto uroczyście w Warszawie prywatny zakład oftalmiczny Drów Kępińskiego i Garlińskiego.

— W Ciechocinku oddano temi dniami do użytku nowy, murowany budynek mieszczący w sobie obok kilkunastu wanien do kąpieli słonych łaźnię parową i natryski.

— M. Sadowski, współpracownik *Medycyny*, mianowany ordynatorem w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie (*Medycyna*).

— Na konkursie ogłoszonym przez Tow. lekarskie warszawskie otrzymali nagrodę Z. Dmochowski za pracę na temat: Zbadać pod względem anatomicznym sprawy zapalne w zatokach Highmora, Majewski za pracę na temat: Oznaczyć nieszkodliwy stopień skręcenia szyi noworodków, Markowski za pracę na temat: Histologiczna budowa jajowodów (*Gazeta lekarska*).

— Protokół urzędowy obdukcyi zgasłego z ręki morderczej prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej Carnota brzmi:

Podpisani doktorowie medycyny przystąpili w dniu dzisiejszym do autopsyi zwłok Prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej i znaleźli następujące obrażenia:

Rana znajdowała się bezpośrednio pod prawemi żebrami fałszywemi w odległości 3 centymetrów od wyrostka mieczykowatego, miała długości 20 do 25 milimetrów a brzeszczot dążąc w głąb przeciął zupełnie odpowiednią chrząstkę żebrową.

Brzeszczot sztyletu dostał się aż do lewego zrazu wątroby na odległość 5 do 6 milimetrów mniej więcej od więzadła wieszadłowego, przedziurawił organ od strony lewej do prawej i z góry na dół, raniąc w swem przejściu żyłę bramną, którą otworzył w dwóch miejscach. Długość rany we wnętrzu wątroby wynosi od 11 do 12 centymetrów.

Krwotok śródotrzewnowy, koniecznie śmiertelny był następstwem tego podwójnego przedziurawienia żyły.

Lugdun 25. Czerwca 1894.

Dr. Lacassagne, Dr. Henryk Coutagne, Dr. Ollier, Dr. Rebatel, Dr. Poncet, Dr. Michał Gangolphe, Dr. Fabre.

— Nowo założone w Petersburgu Towarzystwo lekarsko-chirurgiczne odbyło w dniu 2. z. m. posiedzenie inauguracyjne. Prezydentem wybrany Dr. Weliaminow, wiceprezesem prof. Lebediew, sekretarzem Dr. Manassein. W Petersburgu jest obecnie 16 Towarzystw lekarskich, nie licząc do nich kolegiów lekarskich przy szpitalach głównych, które odbywają także mniej lub więcej regularnie posiedzenia.

— Jak ciągle i znacznie powiększa się czynność miejskiego zakładu desinfekcyjnego w Paryżu, dowodem następujące cyfry: W roku 1889. (zaprowadzenie desinfekcyi) od 1. Czerwca do końca roku odbyto desinfekcyą 78 razy, w 1890 r. 652 razy, w 1891 r. 4839 razy, w 1892 r. 18464 razy, w 1893 r. 34659 razy, w pierwszych pięciu miesiącach b. r. 18745 razy, zatem do końca roku będzie prawdopodobnie więcej, niż 40000 razy.

W roku 1893 wydało miasto na desinfekcyą 277000 franków.

Opłata od desinfekcyi stosuje się do wysokości opłacanego przez stronę interesowaną czynszu i tak: kto płaci czynszu rocznego mniej niż 800 franków, nie płaci za desinfekcyę nic. Płacący czynszu rocznego od 800 do 999 franków płaci 5 franków, od 1000 do 1999 płaci 10 franków i t. d. tak, że mieszkający za czynszem 20000 franków i więcej płaci za desinfekcyą 200 franków.

— W Towarzystwie londyńskiem lekarzy Towarzystw asekuracyjnych na życie zajmowano się temi czasy stosunkiem obecności białka w moczu do zabezpieczenia na życie.

Zgodzono się naprzód, iż nie należy uznawać moczu za zawierający białko, jeżeli nie daje osadu za ogrzaniem i za dolaniem kwasu azotowego.

Ogólnie orzeczono, że obecność białka w moczu winna być powodem odroczenia wszelkiej decyzyi aż do drugiego lub nawet trzeciego zbadania. T. Williams był zdania, że wykrycie białka za drugiem badaniem moczu pomimo wystarczać do oddalenia kandydata z żądaniem zabezpieczenia na życie. Crosby zaś sądzi, że jeżeli białko znajdzie się w moczu przy badaniu drugiem lub trzeciem, odbywanem co tydzień, powinno się decyzyę odroczyć na trzy miesiące a jeżeli i po tym terminie białko jest w moczu, należy stronę interesowaną oddalić z żądaniem zabezpieczenia. M. Poore mniema, że obecność białka

ciągła, lecz w małej ilości powinna tylko znacznie podwyższać premię asekuracyjną. Douglas Power był zaś w tej mierze zdania, iż należy uwzględnić wiek. Obecność białka w miernej ilości w wieku ponad 60 lat nie sprzeciwia się koniecznie długiemu życiu. Jakoż Poore przytoczył przykład pewnej kobiety liczącej 76 lat, u której białko w moczu utrzymuje się już od lat 20. Podobne przypadki przywiedli i inni.

— Lekarze należący do francuskiej Izby deputowanych i do Senatu w liczbie od 50 do 60, utworzyli osobną grupę lekarsko-parlamentarną. Honorowym prezydentem wybrany senator Berthelot, prezydentem rzeczywistym Leon Labbé, również senator, wiceprezydentami senator Cornil i deputowany Lannelongue, sekretarzami senator Dellestable i deputowany Pedebidou, kwestorem deputowany Guéneau. Na pierwszem zebraniu zajmowano się sprawą pełnienia służby wojskowej przez studentów medycyny.

— Kongres chirurgów francuzkich odbędzie swe ósme zebranie w Lugdunie w Październiku. Pierwsze posiedzenie 9. t. m. o 9. rano w gmachu Wydziału lekarskiego. Na porządku dziennym: 1) etyologia i patogeneza raka i 2) chirurgia stosu kręgowego.

— W ubiegłem półroczu zimowem wynosiła liczba słuchaczy wydziału lekarskiego w Krakowie 456 (415 zwyczajnych i 41 nadzwyczajnych), w Wiedniu 2,114 (1899 i 515), w Inspruku 288 (270 i 18), w Pradze w uniwersytecie niemieckim 611 (596 i 15) a czeskim 1,019 (1,001 i 18), w Gracu 542 (510 i 32). W porównaniu do poprzedniego półrocza zimowego zmniejszyła się ogólna liczba uczniów prawie o 8%.

— **Nekrologia**. Zmarł w Drohobyczu lekarz salinarny Dr. Kazimierz Jurkiewicz.

Redakcya otrzymała:

A. Obaliński: Ueber Laparotomie bei innerem Darmverschluss auf Grund eigener 110 Fälle. (Odbitka z *Archiv für klinische Chirurgie*).

B. Wicherkiewicz: Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

W. Wroński: Epidemia cholery azyatyckiej w Nasielsku i wioskach okolicznych. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 947.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Majdanie średnim z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże w kwocie 400 złr.

Ludność do dotyczącego okręgu należąca wynosi 19.450 dusz.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) znajomością języków krajowych;
5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się ściśle do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 83. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca Lipca 1894 r.

Nadwórna dnia 20. Czerwca 1894. 143—1—1

Kąpiele borowinowe w domu

MATTONIEGO WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA.
ŁUG BOROWINOWY.

Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. / do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowéj. 68—x—3

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium „HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

W ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane

przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk.

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20 1 złr 60 ct.
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 1 złr. 60 ct.
„ 0·10. „ „ „ 0·20 2 złr 20 ct.
„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 2 złr. 60 ct.
„ 0·05. Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 1 złr. 20 ct.
„ 0·05 „ „ 0·20 Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.
„ 0·10 „ „ 0·20 1 złr. 50 ct.
„ 0·05 Morrhuol 0·20 2 złr. 20 ct.
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 1 złr. 20 ct.
„ 0·05 „ „ 0·20 Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.
Morrhuol (Mercis) 0·20 2 złr.
Myrtolum (Mercis) 0·15 2 złr. 50 ct.

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“ lub firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

60—x—14 *Maryan Zahradnik.*

LUHACZOWICE

Dr. E. SPIELMANN Z WIEDNIA jest czynnnym jak w latach poprzednich jako **urzędowy lekarz zdrojowy** w Luhaczowicach na Morawie. 110—10—10

Dra Knorra Antipyrin

Marka ochronna „Lew“.



(patentowany) wypróbowany i przez powagi zalecony środek przeciw chorobom gorączkowym, bólom głowy, newralgii, kokluszom, migrenie, reumat. (pląsawicy), obrzmieniom aorty, udarowi słonecz. influenzie, grypie. Używać tylko Antipyryny Dra Knorra „Lew“.

Tuberculocidin 100 prct. } Prof. Klebsa.
„ E. 100 prct. }
w ilości od 2, 5 i 10 ccm. w cenie M. 5·— za ccm.

Bliższe szczegóły o sposobie użycia zawiera broszura prof. Klebsa na żądanie wysyłamy gratis.

Tuberculinum Kochii w flaszeczkach od 1 ccm. a M. 6.— we flaszeczkach po 5 ccm. a 25·— M.

Dermatol wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Bezwonny środek leczniczy na rany, w wielu przypadkach zastępujący jodoform.

Zewnętrznie. Dermatol jest to środek zmniejszający czynność wydzielniczą i wskutek tego działający jako środek wysuszający i przyspieszający gojenie rany. Nietrujący. Używa się w mięszaninach lub czysty.

jako przysypka: Dermatol.	jako proszek do nóg Rp. Dermat. 20·0
Amylum aa.	Talc. venet. 70·0
Maść 10—20%.	Amyl. 10·0
	DS. Proszek do zasypywania
Dermat. Collodium-Emulsion 10%.	Gaza Dermatolowa: 10 i 20%.

Wewnętrznie. W chorobach żołądka i jelit. Według prof. Colasanti (Rzym) najlepszy i najpewniejszy Anthidiarrhoicum nowszych czasów. — 0.2—0·5 jako proszek do 2·0 dziennie.

Agathin (podany do opatentowania). Wynalazek Dr. J. Roos. Wielokrotnie zalecany środek przeciw newralgii. Niezrównany w ischias, ze skutkiem używany w ostrych chronicznych reumatyzmach i newralgiach rozmaitego rodzaju.

Alumnol Wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Łatwo rozpuszczalny adstringo antisepticum, skuteczny na jątrzące rany abcessy, w Endometritis gonorrhoica, zwykłym Fluor, w ostrych zewnętrznych jakoteż chronicznych zapaleniach skóry, w Otitis media. (Używa się w proszku, rozczynach, maści, plastrach i t. p.).

Jedyni fabrykanci 5—26—14

Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning, Höchst am Main.

Swoszowice pod Krakowem.

Zdrojowisko wód siarczanych,

przez największe powagi lekarskie polecane, siedm kilometrów od Krakowa oddalone, stacya kolei państwowej z najwygodniejszą komunikacyą (5 pociągów dziennie i 4 razy omnibusy zakładowe).

Mieszkania urządzone z komfortem i wszelkiemi wygodami po cenach nader przystępnych.

Restauracya wyborna i rozmaite uprzyjemnienia dla gości kąpielowych.

Kąpiele siarczane i mułowe ze zdrojów swoszowickich z najlepszym skutkiem bywają stosowane i zalecane **w gośćcu stawowym i miąższowym, w obrażeniach kości, w chorobach skóry i nerwów.** 138—8—6

Sezon trwa od 15. Maja do 15. Września.

Lekarz zakładowy *Dr. Tislowitz.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 14. Lipca 1894 r. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3⅛ „	6 „

I. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

W ciągłym postępie nauk lekarskich z dniem każdym niemal pojawiają się nowe środki lekarskie, nowe sposoby operacyjne lub lecznicze a jeżeli wiele z nich po krótszem lub dłuższem powodzeniu idzie w zapomnienie, to jednak z tej powodzi wyłania się tu i owdzie świeża myśl, która, wzbogacając istotnie arsenał lekarski, podaje nam broń nową lub lepszą w miejsce dawnej. Że dziś, zwłaszcza po smutnym zawodzie z tuberkuliną Kocha, ogół lekarski z niedowierzaniem spogląda na wszelką nowość, to może być tylko korzystnem i dla nas i dla chorych, gdyż pozbywszy się zbytniego optymizmu, tem spokojniej i tem bezstronniej możemy osądzić każdy nowy pomysł lub środek leczniczy i dopiero po należytem wypróbowaniu przyjąć go lub odrzucić, nie ulegając przykremu rozczarowaniu, gdy się pokaże, że: *Das Alte bleibt immer das Beste.*

Tej ostrożności w przyklaskiwaniu nowym środkom i sposobom leczniczym przypisałbym tę obojętność, z jaką przyjęto pierwsze wystąpienie Dariera w 1891. roku w sprawie leczenia chorób oka za pomocą wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałkową. Dopiero nowy szereg pomyślnych wyników, ogłoszony przez niego w następnym roku, przełamał lody sceptycyzmu i zachęcił do podjęcia prób w tym względzie, w ślad za czem poszło z różnych stron mnóstwo sprawozdań. Czy w sprawie tej bezsprzecznie należy przyznać Darierowi pierwszeństwo wobec ogłoszonych jeszcze w 1889. i 1890. roku doświadczeń Secondiego, to rzecz wątpliwa, mimo że on sam mówi: *le scepticisme avec lequel fut accueillie notre communication serait déjà une preuve que le travail était au moins nouveau, s'il n'était complètement original.* Jednak chociażby to nawet nie była myśl oryginalna Dariera, to zawsze ma on tę zasługę, że pierwszy podjął próby na większą skalę i szeregiem artykułów zachęcił innych do doświadczeń z nowym sposobem leczenia [1]).

Leczyć cierpienia oka środkiem tak potężnym jak sublimat, choćby tylko ze względu na jego antyseptyczne działanie, leczyć je przez stósowanie miejscowe a więc atakując nieprzyjaciela wprost na najbliższej i najkrótszej drodze, w sposób łatwy, nieskomplikowany, bądź co bądź mniej przykry dla chorego niż wiele innych, to myśl z teoretycznego punktu widzenia świetna, czy jednak w praktyce odpowiadająca wszelkim nadziejom z teoryi wysnutym — to rzecz inna. Bo ileż to razy ta kapryśna praktyka rozprasza najpiękniejsze marzenia teoryi, ileż razy już nie jeden pomysł wielki i śmiały rozbił się tylko o to, że zapomniano, iż organizm żywy to nie kolbka lub rurka odczynnikowa w pracowni chemika.

Dziś, mając już ogłoszony spory szereg prac w tej sprawie, łatwiej może przyjdzie nam zoryentować się i ocenić rzeczywistą wartość wstrzykiwań podspojówkowych, nie ulegając ani optymizmowi Dariera ani sceptycyzmowi jego przeciwników.

Że sublimat zastósowany miejscowo działać może, nie ulega wątpliwości. Odnosi się to przedewszystkiem przynajmniej do tych spraw chorobowych, w których rozwinąć on ma swoje działanie antyseptyczne a więc w zapaleniach, któ-

[1]) Darier: Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire (*Arch. d'ophthalm.* 1891). Tenże: Des traumatismes oculaires graves et de leur traitement (*Gaz. des hôpitaux* 1891). Des injections sous-conjonctivales dans certaines affections des nerfs optiques (*Bull. de la Soc. d'ophthalm. de Paris* 1891). Des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les maladies de la choroïde et de la rétine *Bull. et mém. de la Soc. from. d'ophthalm.* 1892). Des injections sous-conjonctivales de sublimé. (*Annles d'ocul.* Avril 1893).

rych przyczyną jest zakażenie a powtóre w tych cierpieniach, w których chodzi o wessanie produktów zapalnych.

W chorobach tych stósowano już i przedtem czy to sublimat miejscowo w formie zakraplań lub przemywań oka, czy też rtęć ogólnie jako wstrzykiwania podskórne lub wcierania, albo wreszcie jako lek podawany wewnętrznie. A jeżeli, jak tego dowiodły znane oddawna doświadczenia fizyologiczne, rozczyny n. p. atropiny i t. d. zakroplone do worka spojówkowego przenikają rogówkę, soczewkę i ciałko szklane, to tem łatwiej i tem prędzej dostać się musi do wnętrza oka sublimat w rozczynie niezbyt mocnym zastrzyknięty pod spojówkę. Doświadczenia Bocciego, potwierdzone później przez Gailemaertsa i Jollego wykazały też, że już w kilka godzin po wstrzyknięciu sublimatu pod spojówkę można za pomocą elektrolizy wykryć rtęć w cieczy wodnej przodkowej komórki i w ciałku szklanem. Tak samo podaje i Bergmeister, że już w 12 godzin po wstrzyknięciu sublimatu pod spojówkę, wykazać go mógł w cieczy wodnej, Sgrosso zaś i Scalinci znajdowali go jeszcze do trzeciego dnia w cieczy wodnej i w rogówce. Jakkolwiek możnaby tu się spierać o sposób wnikania sublimatu do wnętrza oka n. p. z Darierem [1]), któremu wydaje się prawdopodobnem, iż dostaje się on tam wzdłuż naczyń wirowatych (*vasa vorticosa*) podobnie, jak tusz wstrzyknięty pod spojówkę w doświadczeniach Deutschmanna, to na razie jest to rzeczą obojętną. Ważną jest sama okoliczność, że sublimat w ten sposób zastósowany, wnika w krótszym przeciągu czasu do wnętrza oka i może w większej ilości, musi więc działać rychlej i energiczniej, niż gdy go podajemy wewnętrznie lub wstrzykujemy podskórnie.

Ponieważ jednak wskazania przez samego Dariera nie były całkiem ściśle określone, w zbyt obszerne nawet ujęte ramy i ponieważ skutkiem tego poczęto wstrzykiwać sublimat w najrozmaitszych cierpieniach oka bez należytego wyboru przypadków, powstało więc pewne zamięszanie a następnie rozczarowanie tych, którzy w sublimacie spodziewali się znaleść panaceę lub oczekiwali skuteczności w przypadkach całkiem nieodpowiednich i przeciwnie entuzyazm tych, którzy indywidualizując przypadki poddawali doświadczeniu tylko takie, w których już z góry na podstawie teoretycznego rozumowania należało się pomyślnych spodziewać rezultatów [2]): *Dans beaucoup de cas nous avons obtenu des résultats brillants, dans d'autres des résultats encourageants; mais souvent aussi les résultats ont été nuls.* Te ostatnie odnoszą się właśnie do takich, w których jakiekolwiek leczenie byłoby zawsze bezowocnem.

I dziś nawet mimo mnóstwa doświadczeń robionych przez różnych badaczy, wskazania nie są jeszcze dokładnie określone, bo porównywając różne sprawozdania, znajdujemy zbyt rażące sprzeczności. Nawet w jednem i tem samem cierpieniu sublimat jednemu oddał dobre usługi, drugiemu żadnych lub znacznie mniejsze. Zdaniem mojem rozwiązania szukaćby należało albo w nieodpowiedniem stósowaniu ze względu na dawkę, sposób wstrzykiwania, częstość injekcyj itp. albo w niecierpliwości badającego, który nie widząc skutku po jednem lub dwu wstrzykiwaniach odrzuca odrazu środek ten jako nieskuteczny. W każdym razie poważna część badaczy uważa wstrzykiwania podspojówkowe za środek mocno i skutecznie działający a przynajmniej przyspieszający wyleczenie w razie, jeśli ich używa się obok równoczesnej ogólnej terapii; np. Lagrange widział z takiego skombinowanego leczenia dobre bardzo wyniki w chorobach oka na tle kiłowem nawet tam, gdzie samo leczenie ogólne pozostawało przez dłuższy czas bez skutku, lub Rumszewicz [1]), który mówi „wstrzykiwania sublimatu pod spojówkę gałki stanowią środek leczniczy nie do odrzucenia, gdyż niewątpliwie wywierają wpływ na przebieg wielu spraw chorobowych; nadto wpływ ten występuje rychlej, niż po zastósowaniu innych sposobów leczenia."

Nie brak jednak i stanowczych przeciwników Dariera. Masselon np. powiada [2]): *dans les cas où ce traitement local a seul été employé, même si la cure avait été longtemps poursuivie, aucun résultat avantageux bien appréciable n'a pu être noté. Ce que l'on peut surtout affirmer, c'est que ces améliorations brusques, survenues après un très petit nombre d'injections, comme cela a été signalé, n'ont pu être rencontrées.*"

Laqueur, który stósował wstrzykiwania sublimatu w przypadkach zapalenia kiłowego tęczówki (*iritis syphilitica*) i przewlekłem środkowem zapaleniu naczyniówki (*choroiditis centralis chronica*) wyraża się o nich w ten sposób: *les injections à la dose* $^1/_{10}$ *de milligramme furent assez bien tolérées, mais bien que répétées plusieurs fois leur effet sur la marche de la maladie fut si peu évident que je revins aux frictions mercurielles.* Ten sam Laqueur wyraził się jednak później w dyskusyi nad wykładem Dariera na zjeździe w Heidelbergu jak następuje: *In den chronischen Fällen von Chorioiditis centralis waren die Injectionen einigemal wirkungslos, aber nicht schädlich; in einigen anderen Fällen wurden aber in kurzer Zeit auffallende Besserungen der Sehschärfe erzielt, wie sie so schnell durch eine andere Therapie kaum erreicht werden dürften.*

Deneffe nawet w przypadkach zapalenia rogówki z owrzodzeniem i nagromadzeniem się ropy w przedniej komórce (*keratitis ulcerosa cum hypopyo*) lub bez niego, nie widzi wyższości sublimatu nad dotychczasowem leczeniem a odnośnie do chorób naczyniówki i siatkówki pisze: *les résultats que nous avous obtenus ne nous permettent pas de partager l'enthousiasme que suscite chez certaines personnes ce nouveau mode de traitement.*

Podobnie wyrażają się Dianoux, Haab, który leczył sublimatem 10 przypadków zapalenia międzymiąższowego rogówki (*keratitis interstitialis*) bez skutku, dalej Fick i Terson oraz Valude, który potępia go stanowczo: *les injections locales se sont montrées inférieures aux injections générales et surtout aux injections de cyanure.*

Inni nie próbowali nawet zupełnie wstrzykiwań jak Cohn, Michel, Samelsohn i Panas, który wyraził się o nich w sposób bardzo niedowierzający: *Faut-il supposer que les injections agissent par une action chimique? Mais comment? à une dose aussi faible, homéopatique? Puis il faudrait démontrer d'une façon péremptoire leur pénétration dans l'oeil, ce que n'a pas été encore fait (?).*

[1]) Bericht über die 13. Versamml. der ophthalm. Gesellschaft. Heidelberg 1893.

[2]) Des injectios sous conjonctionales de sublimé. *Annales d'ocul. Avril* 1893.

[1]) O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. *Przegląd lekarski* 1894. Nr. 4. i 5.

[2]) Résultats d'une enquête faite auprès d'un certain nombre d'ophtalmologistes de tous les pays. *Annales d'ocul. Août* 1893.

Tę ostatnią wątpliwość wyjaśniają już powyżej wspomniane doświadczenia Bocciego, Bergmeistra, Sgrossa i Scalinciego; co do pierwszej zaś, to jakkolwiek wstrzykujemy tylko bardzo małe ilości sublimatu, uwzględnić przecież potrzeba, że cała ta ilość wstrzyknięta pod spojówkę ulega wessaniu i dostaje się do krążenia śródocznego a zamieniona, jak Sattler przypuszcza, w białkan rtęci może, choć w bardzo znacznem rozcieńczeniu, działać chemicznie i trzebaby, zdaniem mojem, udowodnić dopiero, że z rtęci wtartej jako maść szara lub wstrzykniętej pod skórę w miejscu odległem od oka, dostaje się do jego wnętrza ilość większa, aniżeli ta mała, ale zastósowana miejscowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O działaniu rtęci w przymiocie (kile) czasowo (pozornie) ubiegłym.

Odczyt wypowiedziany w sekcyi chorób wenerycznych i skórnych na XI. kongresie międzynarodowym lekarskim w Rzymie

przez

Dra Watraszewskiego,

Lekarza Naczelnego Szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Jakąż bowiem gwarancyę posiadamy w rzeczywistości, aby módz twierdzić, iż merkuryalizacya mniej więcej energiczna, prowadzona kilka tygodni z rzędu i powtarzana co pewien czas dowolnie oznaczony, nieograniczoną liczbę razy, będzie mogła odpowiedzieć postawionemu wyżej zadaniu? Czy przeciwnie nie może nastąpić ta ewentualność, iż merkuryalizacya spełni tylko pewną część owego zadania i osiągnięty przez nią rezultat, ograniczy się do zniszczenia lub osłabienia owych przeszkód, które za sprawą *vis medicatrix naturae* wzniesione zostały dla zabezpieczenia się przeciw zarazkowi przymiotowemu? Czy nie należy lękać się, aby działanie rtęci nie dopomogło do uwolnienia z więzów swych zarazka specyficznego, który bez tej interwencyi może nigdy nie byłby dał znaku życia?

Tak, Szan. Panowie! Spostrzeżenia moje własne i sumienny rozbiór okoliczności analogicznych zapisywanych przez innych autorów, upoważnia mię do wypowiedzenia podobnego zdania.

Ograniczony czas, jaki mam do dyspozycyi, nie dozwala mi przytaczać tutaj szeregu przypadków i zastanawiać się nad nimi w celu umotywowania rzeczonego twierdzenia. Poprzestaję zatem na przypomnieniu przypadków, w których po kuracyi merkuryalnej, zastósowanej w okresie wolnym od objawów i długim, nieraz przez lat kilka lub więcej — występowały wkrótce potem objawy trzeciorzędne, albo też chory dotknięty został w tychże samych okolicznościach cierpieniem ośrodków nerwowych pochodzenia niewątpliwie przymiotowego. Zwłaszcza spostrzeżenia należące do tej ostatniej kategoryi, t. j. dotyczące układu nerwowego, zdaje się, pod względem rzeczonego związku wykluczają wszelką wątpliwość. W jednym z tego rodzaju przypadków miałem możność zrobić dwa razy z rzędu powyższe doświadczenie.

Przyznaję, iż wnioski wysnute na zasadzie jednego lub ograniczonej liczby przypadków, małą mają wartość i nie wykluczają możności przypadkowej koincydencyi. Dlatego ograniczam się tylko do przypomnienia owych okoliczności bez dalszego zajmowania się niemi.

Jednakowoż frekwencya cierpień układu nerwowego natury przymiotowej tak znacznie wzmogła się w ostatnich latach, statystyka przedstawia nam pod tym względem dane tak smutno interesujące i których dostarczają nam sami apostołowie owej metody leczenia, iż przedmiot ten zasługuje, aby się nad nim zastanowić na seryo.

Mimowolnie widzimy się zmuszeni zadać sobie pytanie: czy pomijając wpływy charakteryzujące nasz „wiek nerwowy" i które działając na ośrodki nerwowe ustroju dotkniętego przymiotem, usposabiają je do cierpień pewnego rodzaju, czy, powtarzam, oprócz tych przyczyn i innych podobnych, nie ma takich pierwszorzędnej wagi, których szukać należy w samych podstawach nieracyonalnie stósowanej kuracyi, cieszącej się obecnie największym kredytem. Być może, iż dalszy przebieg choroby ukształtowałby się inaczej i statystyka przedstawiłaby nam mniej deprymujące rezultaty, jeżliby zasady owej metody leczenia zmodyfikowano we właściwy sposób.

Zdaje mi się, Szan. Panowie, iż po wywodach, które miałem honor przedstawić, mam prawo zaakcentować tem więcej jeszcze przeciwne stanowisko swoje wobec metody leczenia hołdującej powyższym zasadom. Kuracya merkuryalna jest czynnikiem drażniącym; nie można powątpiewać o tem więcej i na podobieństwo innych tego rodzaju czynników może w pewnych okolicznościach obudzić znowu uśpioną dyatezę. Spostrzeżenia, iż w przytoczonych okolicznościach system nerwowy najczęściej pada ofiarą, jest prostym rezultatem tego, iż skutki długotrwałej merkuryalizacyi w pierwszym rzędzie odbijają się na nim. W skutek przeciągłego działania rtęci na ustrój nerwowy traci on powoli prawidłową swą odporność żywotną i przeobraża się z czasem w *locus minoris resistentiae*, stanowiąc najlepszą podstawę do rozwijania się na niej zmian specyficznych.

Taki stan chorobowy układu nerwowego, wywołany długotrwałem stósowaniem rtęci, tłómaczy nam dostatecznie liczne przypadki neurastenii, depresyi lub ekscytacyi nerwowej i tym podobnych cierpień, rozwijających się w przytoczonych stósunkach. Cierpienia tego rodzaju za często wprowadza się w związek z samym przymiotem i poddaje chorych na nowo działaniu rtęci, co naturalnie stan ich znacznie pogarsza.

Czy winniśmy wobec tego rodzaju stósunków zarzucić używanie rtęci w leczeniu przymiotu lub też ograniczyć stósowanie jej w wyjątkowych jedynie przypadkach?

Doskonały wpływ tego środka leczniczego na objawy przymiotu czyni go przeciwnie nieodzownym w terapii tej choroby. Lecz jeśli objawy jawne przymiotu podlegają w większości przypadków rychło i prawie na pewno działaniu rtęci i świadomość tego należy uważać za okoliczność znaną i stwierdzoną doświadczeniem, to kwestya przedstawia się odmiennie, gdy chodzi o stwierdzenie przypuszczenia, iż merkuryalizacya chorych w czasie wolnym od objawów, inaczej mówiąc metoda leczenia t. z. zapobiegawcza, peryodycznie powtarzana, jest równie skuteczna i posiada własność zapobiegania w rzeczywistości występowaniu dalszych objawów specyficznych.

Szukalibyśmy naprożno na zasadzie doświadczenia klinicznego dowodów dla poparcia podobnego twierdzenia, podczas gdy pewna liczba przypadków zaczerpnięta ze wszyst-

kich okresów przymiotu zmusza nas do wyprowadzenia wprost przeciwnych wniosków:

Robotnicy zajęci fabrykacyą zwierciadeł i którzy przedstawiają objawy zatrucia chronicznego rtęcią, nie są zabezpieczeni od zarażenia się przymiotem.

Toż samo miałem sposobność widzieć u chorego dotkniętego czerwonym liszajem a leczonego niewłaściwie na przymiot. Chory ów przedstawiał objawy zatrucia rtęcią w takim stopniu, jak je rzadko tylko miałem sposobność widzieć. Okazało się koniecznem zająć się w danej chwili nasamprzód rtęcicą i poprawieniem odżywienia chorego, zanim można było wziąć się do leczenia liszaja. Chory skorzystał z tego czasu, aby zarazić się przymiotem, i gdym go widział w 20 dni potem, przekonałem się obok objawów ustępującej rtęcicy o charakterystycznym pierwotnym wrzodzie na prąciu, po którym we właściwym czasie wystąpiły i dalsze objawy przymiotu.

Czy potrzebuję przytaczać przypadki, w których podczas kuracyi merkuryalnej pojawiają się często wtedy właśnie, gdy zamierzamy już zaprzestać leczenia, nowa wysypka lub inne objawy przymiotu ustrojowego i przygnębiają zarówno chorego jak i lekarza.

Wspomniałem już przed chwilą obszerniej o spostrzeżeniach podobnych i innych zaczerpniętych z okresu przymiotu późnego.

Przytoczone spostrzeżenia same przez się, zdają się stwierdzać niemoc rtęci jako środka zapobiegawczego i metod leczenia tak zwanych zapobiegawczych. Z drugiej strony smutne rezultaty, które przedstawia nam statystyka, dalekie są od tego, aby usprawiedliwić kredyt, którym powyższa metoda cieszy się obecnie.

Wielki szacunek, jaki mamy dla powagi mistrza, któremu tyle zawdzięczamy na polu symptomatologii i terapii przymiotu i który jest równocześnie twórcą powyższej metody leczenia, nie powinien być dla nas przeszkodą do sumiennego i niezależnego zdawania sobie sprawy o racyonalności zasad tejże metody i o rzeczywistej jej wartości.

Leczmy przymiot tam, gdzie nam przedstawia się jako taki. Sumienny i wykształcony badacz znajdzie zawsze potrzebne dane dla wyrobienia sobie sądu o naturze objawów, które przedstawia, mu dany przypadek, i o tem, czy należy go postawić lub nie w związku z przymiotem.

Strzeżmy się natomiast wojowania jedynie tylko z widmem przymiotu, albowiem nie będąc w stanie go dosięgnąć, możemy w sposób wielce niepożądany wpłynąć na system nerwowy naszych chorych, albo co gorzej, dać bezwiednie sposobność widmu do wcielenia się na nowo i otworzenia drogi dalszym manifestacyom przymiotu.

III. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonemi.

Podał
Dr. Zenon Pelczar.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

V. D. G., l. 40, Izraelitka z Zabłotowa. Chora od lat 8; pogorszenie znaczne po ostatnim porodzie przed 3-ma laty. Zniekształcenie miednicy i klatki piersiowej znacznego stopnia. Klatka piersiowa krótka, dolne żebra opierają się o linie ościste kości biodrowych, co dla chorej jest nader bolesnem. Wymiar prosty wchodu miednicy wynosi zaledwie kilka centymetrów.

Chora jest bardzo wyniszczona i na siłach podupadła. Polecono, jak w powyższych przypadkach kąpiele słone ze 6 klgr. soli co drugi dzień i wodę wapienną wewnętrznie. Ponieważ chora znosiła kąpiele dobrze, wzmocniłem je powoli do 16 klg. soli.

Już po kilku pierwszych kąpielach doznała chora ulgi w bólach, po dalszych odzyskała pewniejszy chód. Ażeby znieść choć trochę dolegliwości skutkiem ocierania się żeber o linie ościste kości biodrowych, kazałem chorej mało używać ruchu, więcej leżeć na wznak w pozycyi dobrze wyciągniętej, przy chodzeniu zaś prostować się i podpierać na wysokich laskach.

Cel w zupełności osiągnięto, choć tak prostymi środkami. Chora wyprostowała się znacznie, chód poprawił się, bolesność kości ustąpiła zupełnie.

VI. M. K., l. 36 licząca, Izraelitka z Dobromila, przebyła 8 porodów, chora od lat 3. Bóle w kościach datują się od dawniejszych czasów; od 3 lat dopiero poczęła doznawać utrudnienia w chodzeniu.

Chora, potrafi chodzić, choć z trudnością, ruchy jednak wszelkie połączone są z mocnymi bólami, zwłaszcza w dolnej części ciała. Chora nadto skarży się na częste bicie serca i przypadłości nerwowe. Przy badaniu znaleziono odżywienie bardzo liche, zniekształcenie ograniczone tylko do miednicy, gdzie też największa jest bolesność. Odruchy kolanowe wzmożone, znaczna przeczulica skórna, bolesność za uciskiem obu jajników. W organach wewnętrznych brak zmian chorobowych.

Chora użyła 26 kąpieli, o 6 do 16 klg. soli na wannę. Podmiotowo czuła chora znaczne polepszenie, bóle ustąpiły; utrzymała się tylko bolesność w okolicy jajników i stan nerwowy.

VII. J. M., l. 33 licząca, Izraelitka, zamężna, wyrobnica z Jezierzan.

Przebyła 5 porodów, ostatni przed 3-ma laty i od tego to czasu podaje początek cierpienia. Skarży się na bóle w krzyżach, nogach i utrudnienie chodzenia. Przy badaniu znaleziono u chorej z podupadłem odżywieniem sztywność w obu kończynach dolnych. Obie nogi przy ruchach biernych bolesne, największa bolesność w dolnej części krzyża i za uciskiem na kości miednicy. Miednica przedstawia obraz miednicy osteomalatycznej.

Spojenie łonowe bardzo ścieśnione kątowato, ponad niem przez powłoki zwiotczałe wybadać można macicę wysuniętą ku górze. Brzuch jest obwisły skutkiem zbliżenia się klatki piersiowej do miednicy.

Narządy wewnętrzne bez zboczeń. Chora użyła kąpieli 18, po których stan poprawił się o tyle, że chodzić mogła wygodnie bez bólów i zadowolona opuściła zdrojowisko.

VIII. I. H. l. 43. licząca, z Przemyśla, odbyła kilka porodów, ostatni przed 4-ma laty. Początek cierpienia odnosi do przeziębienia przed kilkoma laty, pogorszenia doznała po ostatnim porodzie.

Chora dość dobrze odżywiona, tkanka podskórna dobrze rozwinięta. Przy badaniu znaleziono małe zmiany w kształcie kośćca, natomiast wielką bolesność kości przy ucisku, przeczulicę skórną, odruchy kolanowe powiększone, niedowład kończyn dolnych. Przypadłości żołądkowe, jak odbijania na czczo i po jedzeniu, gniecenie przy pełnym żołądku, zaparcie stolca.

Polecono chorej wodę ze źródła Bronisławy na czczo (źródło słono-gorzkie) i kąpiele słone mocniejsze.

Po 5-tygodniowej kuracyi znikły bóle, stan żołądka i jelit poprawił się a chora w zupełnem zdrowiu powróciła do swego zajęcia.

IX. K. P. z Bronicy, l. 52. r. kat. zamężna, żona wieśniaka.

Rodziła 2 razy, regularność ustała przed 6 laty. Cierpiąca od kilku lat, chodzić zaś nie może od kilku miesięcy.

Przy badaniu znaleziono u osoby z miernem odżywieniem sztywność kończyn dolnych, odruchy powiększone, bolesność znaczna przy ruchach biernych i czynnych i przy ucisku na kości, zwłaszcza miednicy i mostka. Narządy wewnętrzne bez zmian, biegunki.

Polecono chorej makowiec, wodę wapienną i kąpiele słone.

Po 2-tygodniowem leczeniu chora, która poprzednio nieruchomo leżeć była zmuszoną a do kąpieli dać się wozić, poczęła odzyskiwać władzę a po 23 kąpielach o tyle wróciła do zdrowia, że chodzić mogła o lasce.

X. H. M., l. 35, zamężna, Izraelitka z Wyżnicy (na Bukowinie), rodziła kilka razy, chora od 2 lat.

Cierpienie ogranicza się do bolesności w kościach przy wszelkich ruchach i do utrudnienia chodu.

Chora bardzo niskiego wzrostu, niezmiernie wyniszczona. Miednica typowo osteomalatycznie zmieniona, stos pacierzowy łukowato wygięty. Chora z trudem opierając się na dwu laskach poruszać się może. Objawom tym towarzyszą inne, właściwe zmięknienia kości, których już, by uniknąć powtarzania się, nie przytaczam.

Po 36-dniowem leczeniu, w ciągu którego chora użyła 24 kąpiel, doznała znacznej ulgi w swem cierpieniu. Odzyskała część sił, ustąpiły bóle a stan ogólny poprawił się.

Jedynasty przypadek tyczył się chorej, pacyentki Dra Plecha, o której ogólne tylko otrzymałem wiadomości.

Miała to być chora w wieku średnim z Galicyi, przebyła 7 porodów, cierpiąca już lat kilka, u której jednak po ostatnim porodzie wystąpiły w ostry sposób objawy zmięknienia kości. Po 6—7-tygodniowej kuracyi miało nastąpić zupełne polepszenie.

Zbierając pokrótce wszystkie 11 przypadków mogę powiedzieć, że miałem do czynienia ze zmiknieniem kości.

Przemawia za tem: 1) początek cierpienia po porodzie u kobiet wieloródek, w wieku średnim (między 25 a 46 rokiem życia) żyjących w nędzy i stósunkach niehigienicznych.

2) Przewlekły przebieg cierpienia, które trwało od 2—8 lat z różnem nasileniem, z pogorszeniem zaś zawsze po porodzie.

3) Usadowienie się zmian w kościach tak co do bólów jak i zniekształcenia.

4) Inne objawy, jak przeczulica skórna, powiększenie się odruchów, niedowład kończyn dolnych, skurcz mięśni przyciągaczy przy zupełnym braku objawów zajęcia mózgu lub rdzenia.

Rozdzielenie chorych po różnych okolicach nie da się ułożyć w żaden wzór, któryby pozwalał myśleć o jakiej endemii lub przyczynie miejscowej. Wszystkie pochodziły ze wschodnio-południowej Galicyi, jeden z Bukowiny. Wszystkie doznały po 4—8 tygodniowem leczeniu w Truskawcu znacznego polepszenia.

Pozbywały się mianowicie bólów, odzyskiwały władzę w kończynach dolnych, poprawiało się u nich odżywienie i wejrzenie a w niektórych przypadkach ustępowało nawet po części zniekształcenie.

Za całe leczenie służyły u nich kąpiele słone średniej mocy (6—16 klg. soli na wannę stósownie do konstytucyi chorej) o ciepłocie 27°—29° R. po 15—30 minut codziennie lub z przerwami w miarę, jak chore je znosiły.

Wewnętrznie dostawały chore przetwór wapniowy najprostszy i najtańszy, bo wodę wapienną łyżkami stołowemi w mleku. Do przetworów droższych i innych sposobów leczenia uciekać się nie mogłem, ze względu na ubóstwo chorych, które nietylko na lekarstwo, ale często i na chleb codzienny nie miały.

Co do innych stósunków higienicznych, i w Truskawcu nie znajdowały one idealnych. Za lichą cenę mieszcząc się po domkach wieśniaczych, nie mogły mieć tych wygód, jakich wymagał ich ciężki stan, i najczęściej o chłodzie i żebraczym chlebie odbywały leczenie, wspierane przez Zakład lub litościwszych gości.

Mimo to wyniki leczenia były zdumiewające. Chore już po kilku kąpielach doznawały ulgi; około 20 kąpiel zaś wystarczało, by je uwolnić od bólów i wrócić im możność swobodnego poruszania się, o co tym chorym najbardziej się rozchodziło.

Czy mamy tu do czynienia z polepszeniem tylko i chwilowem zatrzymaniem się cierpienia, czy zupełnem wyleczeniem, trudno mi na razie rozstrzygać. Zbyt małą rozporządzam statystyką i zbyt krótkim był czas obserwacyi. W każdym razie poczuwam się do obowiązku zwrócić uwagę na ten tak korzystny wpływ kąpieli słonych na zmięknienie kości. Czy kąpiele słone mają jaki swoisty wpływ na osteomalacyę, za śmiałem byłoby to przypuszczenie; prawdopodobnie wpływają one korzystnie tylko przez poprawę odżywienia chorych, przez polepszenie i zwiększenie przemiany materyi. Podrażniając w skórze zakończenia nerwów (Beneke, Clemens) powiększają kąpiele słone produkcyę ciepła obok zwiększenia wydzielania bezwodnika węglowego.

Zwiększenie się to właśnie wydzielania bezwodnika węglowego świadczy o większej przemianie materyi, przyczem jak to najnowsze wykazały badania, nie białko, ale węglowodany prędzej ulegają rozpadowi, dając jako ostateczny produkt bezwodnik węglowy (Zuntz, Röhrig).

Beneke, Lehman i Kühne wykazali, że skutkiem kąpieli słonych zmniejsza się ilość dzienna moczu, mocznika i fosforanów ziemnych, polepsza oddychanie, łaknienie, zwiększa się asymilacya, czyli że przyswajanie przewyższa wydzielanie (Kisch, Kühne).

Zaprzeczyć się także nie da, że niepoślednią odgrywają rolę w leczeniu zmiana klimatu, świeże powietrze, zaprzestanie ciężkiej pracy i poprawa stosunków higienicznych.

Opierając się na danych, których mi piśmiennictwo i moje własne dostarczyły obserwacye, wysnuć mogę następujące wnioski;

1) Że zmiknienie kości jest częstszem, niż do niedawnych czasów utrzymywano.

2) Że nie brak go i w Galicyi, zwłaszcza wschodniej.

3) Że upada mniemanie o endemicznem występowaniu cierpienia.

4) Że kąpiele słone wpływają bardzo korzystnie i to w krótkim stosunkowo czasie na to cierpienie; że zatem zasługują na uwzględnienie w leczeniu zmiknienia kości obok fosforu i kastracyi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

Camillo Golgi: **Histologia patologiczna wścieklizny doświadczalnej.**

Golgi już niejednokrotnie pisał i mówił w tym przedmiocie. Jeżeli jednak autor jeszcze raz zestawia wyniki swych badań i podaje do wiadomości szerszego ogółu lekarzy, to przyczyny tego należy szukać nie w zapoznaniu prac autora przez innych badaczy, lecz w chęci zwrócenia uwagi na oko-

liczność, że wszystkie dane, które otrzymał w swych doświadczeniach, zawdzięcza tylko swej metodzie srebrzenia (*colorazione nera*). Na okoliczność tę kładzie autor nacisk w przekonaniu, że metoda jego powinna znaleść daleko szersze zastosowanie właśnie w badaniu patologicznie zmienionych narządów nerwowych. Jako przykład w tym względzie zamieszcza Golgi rysunek zmian (paciorkowate nabrzmienia) w wypustkach komórek Purkinjego w pląsawicy (*chorea*), ogłoszonych w 1874. i cytowanych przez Ziemssena, zwracając uwagę, że od tego czasu jeden tylko Colella stosował tę metodę w szerszym zakresie badając rozmaite formy psychoz.

Jeszcze jedna przyczyna wpłynęła na ogłoszenie tej pracy, mianowicie chęć przeciwstawienia odkryć zdaniu tych autorów, którzy bez ceremonii w swych podręcznikach nauczają, że we wściekliźnie nie można znaleźć w ośrodkach nerwowych nic takiego, coby można było uważać za charakterystyczne i stałe dla tej, bądź co bądź tak ważnej choroby.

Autor zestawia wyniki swych prac, jak następuje:

I. Zmiany w budowie jądra komórkowego. Polegają one na nabrzmieniu jądra, utracie wyraźnych zarysów, występowaniu chromatyny. Autor nie przywięzuje do tych danych wielkiego znaczenia ze względu na ich wątpliwy charakter patologiczny, natomiast kładzie nacisk na bliższe rozpatrzenie się w fazach karyomitozy. Prowadząc badania w tym względzie, dochodzi autor do przekonania, że raczej mówić wypada o karyolizie w komórkach nerwowych, niż o jakiemś postępowym rozwoju jąder. Jądro nabrzmiewa, traci charakter pęcherzykowaty, występuje podścielisko (*stroma*), wrzeciona, kłębki równikowe i gwiaździste, w rzeczywistości zaś nie widzimy nigdy form prawdziwego podziału jądra. Ilość chromatyny zmniejsza się znacznie i występuje pod postacią krótkich, nieprawidłowych fragmentów. Zmiany te znajdywał autor na preparatach z mózgów królików, które dobijał, nim padły na wściekliznę poraźną. Jeszcze na jeden szczegół ciekawy zwraca Golgi uwagę: już na 4—5. dzień po zaszczepieniu można wykazać w komórkach powierzchownych ze zwojów móżdżka klasyczne formy mitozy, to znaczy, że dane anatomiczne pozwalają nam wykryć okres podrażnienia już wtedy, kiedy symptomatycznie choroba się jeszcze nie objawia.

II. Zmiany w formie i budowie ciała komórek nerwowych:

a) Zeszczuplenie, tworzenie się banieczek (wakuole), pęcherzykowate zwyrodnienie komórek. Pierwsza faza tych zmian polega na lekkiem nabrzmiewaniu ciała komórki, w skutek czego staje się ono bardziej przejrzystem i gorzej się barwi. Przy tworzeniu się banieczek (wakuol) powstają w jednem lub kilku miejscach ciała komórki małe jamki, w poprzek których przebiegają cienkie nitki z postrzępionych resztek pierwoszcza. Objętość komórki powiększa się. Nadzwyczaj charakterystycznem bywa tak nazwana przez autora pęcherzykowata przemiana komórek. Ciało komórkowe 3, 4, 5 razy większe niż zazwyczaj, otacza cienka błyszcząca linia, robiąca wrażenie otoczki. Pierwoszcze reprezentuje niewielka ilość drobnoziarnistej masy, uwydatniającej się przeważnie w pobliżu punktu wyjścia właściwych wyrostków. Jądro leży zazwyczaj w górnej części wewnątrz pęcherzyka.

Do stwardniania kawałków mózgu używał autor płynu Fleminga lub wyskoku. Zmiany powyżej opisane znajdywał Golgi w najrozmaitszych częściach mózgu, móżdżku, rdzenia przedłużonego i kręgowego.

b) Zmiany w formie zewnętrznej komórek nerwowych polegają na ograniczonych lub rozlanych nabrzmieniach, pomarszczeniach wraz z utratą substancyi, na zaniku postępowym, który zaczyna się prawdopodobnie od wyrostków protoplazmatycznych i przechodzi stopniowo na ciało komórkowe. Zmiany te występują nie jako rozsiane w różnych częściach mózgu mniej lub więcej jednostajnie, ale raczej pewnemi ogniskami obok miejsc przez sprawę chorobową zupełnie niezajętych.

c) Ziarnisto-tłuszczowe zwyrodnienie komórek nerwowych. Sprawę tę znajdujemy we wściekliźnie bardzo często i nieraz w takim stopniu, że ginie niemal cała komórka, pozostawiając po sobie zaledwie jakąś resztkę drobnoziarnistej masy.

W tem miejscu podaje autor opis zmian, jakim jądro komórkowe ulega w swem położeniu. Zmienia ono swe miejsce, niekiedy nawet przy zupełnym braku zmian w ciele komórkowem; zwykle zaś tej zmianie położenia towarzyszy ziarnistość, nabrzmienie, zanik lub ziarnisto-tłuszczowe zwyrodnienie pierwoszcza. Co jest niezmiernie charakterystycznem, szczególnie w komórkach o formie gruszkowatej, posiadających tylko jeden wyrostek, to okoliczność, że jądro zwykle w swym ruchu dąży właśnie ku temu wyrostkowi. Jądra takie bywają bardziej wydłużone niż zwykle, mają zarysy mniej wyraźne, niekiedy nawet znajdują się na drodze do zaniku.

d) Ziarnisto-tłuszczowe zwyrodnienie komórek neurogliii znajdywał autor w rozmaitych częściach układu nerwowego.

III. Zmiany w zwojach międzykręgowych. Prócz skupień komórek okrągłych i rozszerzenia światła naczyń, znajdywał autor tworzenie się wakuol, dochodzące nieraz do znacznych rozmiarów, grubą ziarnistość pierwoszcza, szczególnie w środkowej części komórek, równoczesne tworzenie się jednolitego pasa w około nich i przesuwanie ku brzegowi wydłużonego nadmiernie jądra.

Kończąc swoją pracę, stawia autor pytanie, o ile zmiany opisane są dla wścieklizny charakterystyczne i rozstrzyga je w ten sposób, że żaden z osobna z przytoczonych wyżej obrazów nie przedstawia cech wyłącznie dla tej choroby właściwych (pomimo, że, nawiasem mówiąc, tworzenia się wakuol w komórkach nerwowych móżdżku w innych sprawach chorobowych dotychczas nie spostrzegano) i że dopiero równoczesność tych zmian morfologicznych rozstrzyga o rozpoznaniu wścieklizny.

Co się tyczy określenia i zestawienia zmian we wściekliźnie znajdywanych, z punktu widzenia patologii ogólnej, wypowiada Golgi przypuszczenie, że jest to bezwątpienia sprawa zapalna, poczynająca się od przekrwienia czynnego, proliferacyi pierwocin naczyniowych i okołonaczyniowych i od nacieczenia białemi ciałkami krwi. Rozwijają się następnie wszelkie zmiany pierwocinach stałych tkanki nerwowej, po których następują sprawy przyrody wstecznej tak, że anatomicznie cała sprawa przedstawia się jako miąższowe zapalenie mózgu i rdzenia pacierzowego *(encephalomyelitis parenchymatosa)*.

Pomimo, że dotychczas nie znaleziono swoistego czynnika dla tej choroby, nie należy się jednak tej myśli wyrzekać, tembardziej, że za tem przypuszczeniem przemawia wiele okoliczności. *(Berliner klinische Wochenschrift.* Nr. 14. 1894 r.) *Dr. W. Orłowski.*

Położnictwo.

Pelzer: Dalsze doniesienie o wstrzykiwaniu gliceryny do jamy macicy, jako odpowiedź na artykuł Pfannenstiela.

W odpowiedzi zwraca uwagę Pelzer, że Pfannenstiel opiera swoje zarzuty na podstawie tylko dwóch przypadków, z których w jednym jeszcze przed wstrzyknieniem gliceryny wykazano białkomocz i wałeczki w moczu. Co do podwyższenia temperatury po wstrzyknieniu, sądzi Pelzer, iż jest to następstwem przemijającego podrażnienia ośrodka ciepła przez glicerynę; zatoru powietrznego zaś obawiać się nie należy przy ostrożnem postępowaniu.

Następnie podaje Pelzer w krótkości 28 przypadków, z tych 19 własnych, w których użyto wstrzykiwań gliceryny do wywołania lub wzmocnienia czynności porodowej. W żadnym z nich nie wykryto hemoglobinuryi ani białkomoczu, z wyjątkiem dwu przypadków, w których już przed wstrzyknieniem gliceryny było przewłoczne zapalenie nerek.

W żadnym z tych 28 przypadków nie powstał również zator powietrzny. Co do samego działania wstrzykiwań

gliceryny, to bóle porodowe występują według Pelzera już w dwie godziny po wstrzyknieniu, średnio zaś potrzeba 8—10 godzin godzin do całkowitego rozwarcia ujścia zewnętrznego. Ponieważ wstrzyknienie 100 grm. gliceryny na raz sprowadza często zbyt silne skurcze macicy, groźne dla życia płodu, przeto poleca Pelzer wstrzykiwać nie więcej, jak 30—50 grm. na raz a w razie niedostatecznego działania radzi powtórzyć wstrzykiwanie. Do wstrzykiwań gliceryny zdaniem Pelzera nie nadają się przypadki łożyska przodującego i powikłane zapaleniem nerek, wobec słabych bólów porodowych zaś radzi autor użyć przedtem innych łagodniejszych sposobów wzmacniających bóle porodowe. (Porówn. *Przegląd lekarski* nr. 9 z r. b.) (*Centralblatt f. Gynäkologie*. Nr. 15. 1894 r.). *Dr. Kośmiński.*

Pfannenstiel: **Jeszcze raz o niebezpieczeństwie wstrzykiwań gliceryny do jamy macicy w celu wywołania porodu przedwczesnego.**

W dalszym artykule zwraca Pfannenstiel powtórnie uwagę na ciężkie objawy zatrucia gliceryną po wsrzykiwaniach, przyczem powołuje się na nowy przypadek Müllera (*Münchener med. Wochenschrift*. Nr. 4. 1894 r.) i na przypadki Mikulicza, w których po wstrzyknieniu mięszanki jodoformowej z gliceryną do dużych jam występowała hemoglobinurya a raz nawet pojawiło się ostre zapalenie nerek. Ponieważ działanie wstrzykiwań do jamy macicy zależy od ilości użytej gliceryny, przeto Pfannenstiel nie spodziewa się wielkiego skutku po wstrzykiwaniach 30 do 50 grm. gliceryny, tak jak się to stało w jednym z 28 przypadków Pelzera, w którym w dwa dni po pierwszem wstrzyknieniu musiano dodatkowo po raz drugi wstrzyknąć glicerynę. Następnie wspominając o 52 przypadkach z kliniki ginekologicznej we Wrocławiu, w których w celu wywołania czynności porodowej z najlepszym skutkiem kateteryzowano macicę, lub rozszerzano szyjki balonikami, przestrzega Pfannenstiel jeszcze raz przed wstrzykiwaniem gliceryny do macicy w celu wywołania bólów porodowych. (*Centralblatt f. Gynäkologie* 16. 1894 r.). *Dr. Kośmiński.*

Theilhaber: **Wzniecenie porodu przedwczesnego zapomocą pręcików glicerynowych.**

Otóż dla uniknienia niebezpieczeństwa zatrucia gliceryną poleca Theilhaber w celu wzmocnienia lub wywołania bólów porodowych zamiast wstrzykiwań gliceryny wprowadzać pręciki glicerynowe pomiędzy ściany macicy a błony płodowe. Pręciki te sporządzone są w następujący sposób: Cienkie pręciki fiszbinowe długie na mniej więcej 15 cm. powleka się naprzód warstwą 0,1% kollodium sublimatowego a następnie mięszaniną równych części w słabszych po 5 grm., w mocniejszych po 7,5 grm. gliceryny z żelatyną, do której dodaje się po 0,2 trykrezolu. Pręcik taki wprowadzony do macicy wywiera działanie podwójne, mechaniczne jako pręcik i chemiczne, gdyż gliceryna podobnie, jak na błonie śluzowej odbytnicy sprowadza prawdopodobnie przekrwienie wraz z wysiękiem. Autor użył w jednym przypadku dwu takich pręcików w celu wywołania bólów porodowych z dobrym skutkiem; poród nastąpił w 35 godzin po założeniu pierwszego pręcika. Wobec tego że pręciki te zawierają bardzo mało gliceryny, nie należy obawiać się zatrucia i dlatego autor poleca sposób ten jako nieszkodliwy wypróbować w zakładach właściwych. (*Centralblatt f. Gynäkologie*. Nr. 20. 1894 r.). *Dr. Kośmiński.*

Fenomenow i Koczetkow: **Projekt zmiany symfizeotomii.**

Ze względu na okoliczność, że symfizeotomia przy powtórnych porodach wpłynąć powinna na rozmiary miednicy o tyle, iżby jej więcej nie powtarzano, zalecają autorowie celem uniknięcia rozejścia się końców kości łonowych zapełnić ubytek pomiędzy niemi kawałkiem kości (*osteoplastica*). Operacyą można wykonać w sposób dwojaki: 1-mo Cięcie skórne łukowate, zwrócone wypukłością ku dołowi tak, że przechodzi blisko dolnego brzegu spojenia łonowego. Po odpreparowaniu płata ku górze, przecina się części miękkie aż do kości od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz w odległości 2—2,25 cm. od środka spojenia łonowego i to tak, że linie cięcia schodzące się u dołu tworzą trójkąt, którego podstawę stanowi górny brzeg kości łonowych a wierzchołek znajduje się przy więzadle łukowem (*lig. arcuatum*). W miejscu cięcia oddzieliwszy okostną, wycina się piłką płat kostny i tym sposobem robi się *pubiotomia bilateralis*. Po ukończeniu porodu, oddziela się okostną z dolnej części wypiłowanego klina kostnego i w tej rozległości usuwa się kości nożycami. Oddzieloną okostną nakrywa się dolny brzeg pozostałej części klina i zesuwa się go ku dołowi tak, że górny brzeg jego przypada w połowie odległości dawnego spojenia łonowego. W ten sposób kości łonowe rozchodzą się w miejscu tem na 2—2,25 cm. a wymiary miednicy powiększają się znacznie.

2-do. Cięcie skórne takie same, tylko kości przecina się piłką w ten sposób, że linie przepiłowania idą nie skośnie, ale prosto z góry na dół i dochodzą do połowy tylko wysokości spojenia łonowego. Następnie prostopadle do nich przepiłowuje się spojenie łonowe poprzecznie i tym sposobem otrzymuje się prostokąt kostny, którego długość równa się 4—4,5 cm. a szerokość połowie wysokości spojenia. Kostny ten prostokąt następnie przemieszcza się między dolnemi częściami spojenia łonowego, które rozsuwa się poprzednio.

Celem utrzymania kostnego płata na nowem miejscu zakładano szew kostny, albo spajano gwoździami według ogólnych zasad. Autorowie podają te sposoby jako dość łatwe do wykonania, gdyż nie obraża się żadnych ważnych organów a płaty kostne bez trudności dają się przesunąć. Operacyę tę wykonywali na trupach a także i na żywych. (*Wracz*. Nr. 51. 1893 r.). *Dr. Józef Langer.*

Medycyna sądowa.

Ladreit de la Charrière: **Rany postrzałowe ucha.**

Autor przedstawił na posiedzeniu towarzystwa sądowo-lekarskiego w Paryżu dwa spłaszczone odłamki kuli rewolwerowej, wydobytej z jamy bębenkowej pewnej kobiety, która postrzeliła się w zamiarze samobójczym. Pocisk przebił małżowinę w skrawku (*tragus*), obił się o ścianę kostną przewodu słuchowego, przyczem rozprysnął się na dwa odłamki, które przebiwszy błonę bębenkową pozostały w jamie bębenkowej.

W dyskusyi nad tym niezwykłym przypadkiem postrzału samobójczego w ucho przytoczył prof. Brouardel kilka przypadków niezwykłego samobójstwa, przez siebie spostrzeganych. Brouardel zwrócił uwagę na okoliczność, iż zdarzają się przypadki samobójstw z postrzału, w których rozstrzygnięcie pytania, czy w danym razie zachodzi samobóstwo czy morderstwo, jest prawie niemożliwem. Tak np. sekcyonował B. samobójcę, który wymierzył sobie jeden pocisk rewolwerowy w okolicę serca a następnie drugi w szyję. Drugi postrzał stał się śmiertelnym przez krwotok z przebitej tętnicy dogłowowej. Gdyby ów samobójca nie był przed śmiercią oświadczył, iż sam targnął się na swoje życie, nie byliby w stanie lekarze sądowi wykluczyć możliwości morderstwa. Ponadto zwrócił B uwagę i na to, iż zdarzają się przypadki świadczące o wielkiej odporności kości czaszkowych i wytrzymałości ustroju na postrzały.

I tak wspomniał B. o przypadku samobójstwa, sekcyonowanym w Morgue, w którym znaleziono dwa pociski rewolwerowe w kości skroniowej, trzeci zaś pocisk otorbiony w mózgu, bez odpowiedniego zewnętrznego otworu w kościach czaszki. Inny przypadek tyczył się sierżanta artyleryi, który wobec świadków skończył samobójstwem z rewolweru 11 mm. kalibru. Wymierzył on sobie pocisk w czoło, który jednak ugrzązł w substancyi gąbczastej kości i wywołał odpryśnięcie blaszki kostnej wewnętrznej. Samobójca po strzale nie upadł, lecz wymierzył sobie drugi postrzał w szczękę

dolną, a gdy i ten strzał nie powalił go na ziemię, wymierzył sobie trzeci już skuteczny pocisk w twarde podniebienie,

Dodatkowo wspomniał Polaillon, iż skutek pocisku, wystrzelonego z broni palnej, w przypadkach, w których śmierć nie nastaje natychmiast, bywa różnym, mianowicie: jeśli pocisk był aseptycznym, to uszkodzenie wywołane nim, przy odpowiedniem leczeniu goi się dobrze i bez ropienia; jeśli jednak pocisk jest zakażonym, wówczas objawy zapalne i ropienie dołączają się rychło do rany. (*Annal. d'hyg. publ. et de médecine légale.* Maj 1894.). *Wachholz.*

Kamm: Ocena sądowo-lekarska ran kłutych szyi.

K. omówiwszy po krótce sposób powstawania ran kłutych szyi, jako też i skutki ich dla uszkodzonego w razie przeżycia i śmierci, dochodzi do następujących wniosków: Rany kłute szyi bywają najczęściej zadane obcą ręką, rzedziej są one wynikiem samobójstwa lub przypadku; wykazanie śladów obrony przemawia przeciw przypuszczeniu samobójstwa lub przypadku. Z ułożenia, kierunku i innych cech rany można sądzić o użytem narzędziu i o sposobie jego użycia. W razie uszkodzenia krtani przemawia obecność większej ilości krwi w drogach oddechowych za powstaniem uszkodzenia za życia. Po ranach kłutych szyi może śmierć nastąpić albo zaraz albo w ciągu pierwszych trzech tygodni wskutek skrwawienia się lub uduszenia, czasem zaś wskutek zapalenia płuc, które jest wtedy nieżytowem, lub z wtórorzędnego zakażenia rany; w tym ostatnim razie należy o ile możności, wykazać, czy możliwem było przez zastósowanie odpowiedniego leczenia uniknąć zakażenia rany.

Nawet lekkie uszkodzenia w postaci ran kłutych szyi należy oceniać wedle §. 228*a*. k. k. niemieckiego (§. 155*a*. obecnej ustawy karnej austr.). Czasem mogą po ranach kłutych szyi pozostać trwałe następstwa, podpadające w ocenieniu sądowem pod §. 224. kod. kar. niem. (§. 156*a*. lub *b*. obecnego k. k. austr.).

Nawet po zadaniu rany kłutej wielkim naczyniom szyi może uszkodzony przez pewien czas jeszcze wykonywać pewne czynności; rokowanie jednak w tych razach jest co najmniej wątpliwe. (*Zeitschrift f. Medicinalbeamte* Nr. 10. 1894). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

— A. Elsenberg (w Warszawie): Leczenie liszaja żrącego (*lupus*) parachlorofenolem. Autor używał do swych doświadczeń terapeutycznych dwóch przetworów, zresztą pod względem skutku zupełnie jednakich: czystego krystalicznego parachlorofenolu, przemienionego w płyn przez ogrzanie w kąpieli piaskowej do 40° C. i parachlorofenolu płynnego, zawierającego w sobie pewną ilość ortochlorofenolu.

Po obmyciu starannem naprzód wyskokiem, następnie eterem lub zgęszczonym roczczynem wodnym węglanu potasowego pomazuje się części chore mocno i po kilka razy pęczkiem waty napojonej parachlorofenolem a następnie smaruje maścią złożoną z równych części parachlorofenolu, lanoliny, wazeliny i mączki (skrobi). Maść tę, do której można dodać nieco węglanu potasowego dla rozpuszczenia parachlorofenolu, zostawia się na miejscu przez 10 do 12 godzin, poczem zbiera się ją starannie watą a daje na jej miejsce maść z kwasem salicylowym lub jodoformem. Procedurę tę powtarza się co dwa dni.

Leczenie to nie jest tak bolesne, jak użycie kwasu pirogallusowego. W kilka sekund po posmarowaniu parachlorofenolem części przez liszaj żrący zajęte zaczynają blednąć i otaczać się obrzmiałym pasem czerwonym. Po kilku godzinach barwa biała ustępuje obrzmieniu i zaczerwienieniu, które w miejscach przez liszaj żrący zajętych są mocniejsze, niż w zdrowem sąsiedztwie. Równocześnie przepaca się płyn naprzód krwawy, potem surowiczy. Po 12 do 24 godzinach powstaje strup żółto-czerwonawy, gruby, który przylega mocno, oddziela się dopiero po 8 lub 10 dniach i zostawia gładką bliznę.

Mimo tego, że parachlorofenol pod względem swej skuteczności przewyższa wszelkie inne środki do leczenia liszaja żrącego używane, nie wypowiada o nim autor jeszcze stanowczego sądu tem bardziej, iż dotychczas uzyskał wyleczenie prawie zupełne dopiero w jednym tylko przypadku. (*Gazeta lekarska* 10. 1894).

— Dołganow: Leczenie wrzodów rogówki wstrzykiwaniami podspojówkowemi parachlorofenolu. W miejsce wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, używanych w ostatnich czasach z dobrym skutkiem przeciw kiłowym chorobom oczu tudzież w pewnych zapaleniach zakaźnych i owrzodzeniach rogówki, zaleca autor na podstawie własnego doświadczenia w 6 przypadkach wrzodów rogówki wstrzykiwania podspojówkowe parachlorofenolu, który obok dzielnego i rychłego działania, jak sublimat, ma nad nim tę wyższość, że mniej drażni i zarazem znakomicie koi bóle.

Autor używa roczczynu 1 do 2%, którego wstrzykuje za każdym razem jednę lub dwie podziałki strzykawki Pravazowskiej. Wstrzykiwania te sprawiają ból nieznaczny, trwający od 3 do 5 minut, co najdłużej, tudzież małe obrzmienie ustępujące po kilku godzinach. Zresztą nie ma żadnych innych skutków nieprzyjemnych. Najwybitniejsze działanie wstrzykiwania parachlorofenolu widział autor w 6 przypadkach wrzodu rogówki, w których bóle zapalne naprzód się zmniejszyły a następnie rychło zniknęły zupełnie, wyleczenie zaś całkowite nastało w ciągu 7 do 16 dni po trzech do sześciu wstrzyknieniach. (*La semaine médicale.* 30. Czerwca 1894).

— Létang: Znieczulenie miejscowe przez wstrzykiwanie podskórne płynów zimnych. Autor zaleca wstrzykiwanie płynów zimnych (0°) albo pod skórę albo w mięśnie tej okolicy, którą ma się znieczulić. Ażeby otrzymać płyn zimny o temperaturze 0°, miesza się 8 części (na wagę) siarkanu sodowego z 7 częściami kwasu solnego i w tę mięszaninę wstawia rurkę odczynnikową, w której znajduje się wyjałowiony, 0·5 do 1·0% roczczyn soli zwykłej. Jeżeli temperatura mięszaniny oziębiającej spadła do 10°, wynosi temperatura wody słonej właśnie 0°. Płynem tym robi się za pomocą strzykawki odpowiedniej wstrzykiwania, które prócz ukłucia nie sprawiają żadnego bólu ani stwardnienia a dane miejsce znieczulają zupełnie i trwale. Oczywiście, że zamiast wymienionej mięszaniny oziębiającej można użyć każdej innej, byleby za pomocą niej można płynowi mającemu się zastrzyknąć nadać temperaturę 0°. Również zamiast roczczynu soli można użyć każdego innego, odpowiedniego płynu. Autorowi oddał najlepsze usługi:

Aquae destil. sterilisatae
Glycerini puri $\widehat{aa}$ *100·00*
Aetheris sulfurici *2·00*

Płyn ten daje się dobrze przechowywać a można go wstrzykiwać i po 10 razy po 10 gramów, co wystarcza dla praktyki. Przy mniejszych operacyach, przy których używano dotychczas kokainy, miał ten sposób okazać się skutecznym. I w newralgiach możnaby go użyć zapewne. (*Bulletin médical.* 48. 1894).

— Masius: O działaniu terapeutycznem dygitoksyny. Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Brukseli zdał autor sprawę ze swych doświadczeń terapeutycznych w klinice lekarskiej leodyjskiej nad działaniem dygitoksyny niemieckiej w różnych chorobach, w których poprzednio używano naparu naparstnicy.

Z doświadczeń tych wypada, że dygitoksyna działa w podobny zupełnie sposób, jak naparstnica: reguluje uderzenia serca, wzmacnia ich siłę a zmniejsza liczbę, powiększa ciśnienie w tętnicach i dyurezę (ilość moczu dochodziła do 4 litrów), skutkiem czego znikają opuchnienia. Również ustępuje sinica, zmniejsza się duszność tak, iż chorzy mogą noce przepędzać w łóżku. Działanie to występuje po 24 godzinach.

Sześciu chorych (na 22) nie znosiło dygitoksyny, która po dawce 3 do $4^1/_2$ miligrama sprawiała wymioty.

W ciężkich przypadkach zapalenia płuc i w durze brzusznym obniżała dygitoksyna temperaturę i działała skutecznie przeciw upadaniu czynności serca.

Działanie dygitoksyny występuje zwykle po 24 godzinach a utrzymywano je w miarę potrzeby od 8 do 10 dni.

Z porównania działania terapeutycznego okazuje się, iż dygitoksyna niemiecka działa pewniej, rychlej i skuteczniej, niż krystaliczna dygitalina francuska. *(La semaine médicale.* 4. Lipca 1894).

— Katz: Leczenie błonicy antytoksyną Aronsona. W berlińskim szpitalu dla dzieci imienia Cesarza Fryderyka i jego małżonki, leczono od r. 1890 do końca 1893. na błonicę 1081 dzieci, z których umarło 421 czyli 38·9%. Od 1. Stycznia do 13. Marca r. b. leczono 86 dzieci, z których umarło 38, t. j. 41·8%.

W dniu 14. Marca r. b. zaczęto używać antytoksyny wyrobionej przez Dra Aronsona, płynu żółtawego, ciągnącego się, przypominającego swą wonią nieco kwas karbolowy. Wstrzykiwano ją w grzbiet poniżej łopatek, ile możności jak najgłębiej, w same mięśnie, z początku po 3 do 5 cm. sz., później powiększono dawkę i dochodzono w przypadkach ciężkich do 20 cm. naraz, powtarzając tę dawkę lub używając nieco tylko mniej po kilku dniach. W przypadkach lżejszych wstrzykiwano po 5, $7^1/_2$ i 10 cm. sz. w miarę wieku i konstytucyi pacyenta. Zresztą nie zmieniano całkiem leczenia, t. j. używano stosowanych dotychczas środków wewnętrznych i zewnętrznych i robiono w razie potrzeby tracheotomię lub intubacyę.

W ten sposób leczono do 20. Czerwca r. b. 128 dzieci zapadłych na błonicę, u wszystkich wykazaną bakteryologicznie; z nich umarło 17, t. j. 13.2%. Równocześnie leczono bez antytoksyny Aronsona 23 dzieci, z których umarło 8. Doliczając jeszcze jeden przypadek płonicy zakończony śmiercią, otrzymuje się razem 152 przypadków ze śmiertelnością 17·2% przeciw 37% w tymże samym okresie z roku poprzedniego.

Na 128 przypadków leczonych antytoksyną było 47 lekkich, wszystkich zakończonych wyzdrowieniem, 35 ciężkich zakończonych w jednym przypadku śmiercią, 42 bardzo ciężkich zakończonych 12 razy śmiercią i 4 przypadki błonicy gnilnej (*diphtheria septica*), wszystkie zakończone śmiercią. Po wstrzykiwaniach antytoksyny nigdy nie widziano żadnego szkodliwego działania ani na serce, ani na nerki, ani na żaden inny organ badaniu dostępny, mianowicie nie było moczu krwawego a zapalenia nerek po wstrzykiwaniach nie różniły się niczem od zwykłych zapaleń tego organu w błonicy.

Sześć razy widziano po wstrzyknięciach osutkę częścią w miejscu wstrzyknięcia, częścią gdzieindziej, osobliwie w okolicy kolana. Osutka ta podobna do odry lub płonicy znikała wkrótce bez łuszczenia się.

Antytoksyna nie działa widocznie na wrzekome błony dyfterytyczne. U żadnego dziecka w czasie leczenia sprawa chorobowa nie przeniosła się z gardła do krtani a wszystkie przypadki tracheotomowane lub intubowane przyszły do szpitala już z oznakami zwężenia krtani. Jeżeli tętno było od samego początku słabe a czynność serca nieregularna, nie widziano wyraźnego wpływu na nie z antytoksyny.

Znane objawy pobłonicze w układzie nerwowym utrzymywały się jakiś czas i ustępywały powoli.

Śmierć następowała z dławca schodzącego na dół, zapalenia płuc i osłabienia serca.

Na 128 przypadków leczonych antytoksyną było 17 tracheotomij a z nich 12 zakończonych śmiercią i 5 intubacyj, wszystkich zakończonych pomyślnie. Na 22 więc przypadków ze zwężeniem krtani skończyło się pomyślnie 10 czyli 45·4%. Na 23 przypadki leczone bez antytoksyny było 7 tracheotomij, które wszystkie zakończyły się śmiercią. Razem było więc 29 tracheotomij i intubacyj z 10 wyleczeniami czyli 34·3%; w roku 1892 było tych operacyj 111 z 23·4% a w r. 1893 operacyj 142 z 21·8% wyleczenia.

Na 72 rodzeństwa chorych, o których właśnie mowa, zaszczepionego płynem immunizacyjnym Aronsona, dostało błonicy tylko 8 i wszystko przebyło ją szczęśliwie.

Mimo tego wszystkiego autor tych spostrzeżeń nie uważa za rozstrzygające, lecz tylko za uprawniające do dalszych w tej mierze doświadczeń. *(Münchener med. Wochenschrift.* 3. Lipca 1894).

— F. Santi: O leczeniu siarkanem miedziowym trzeciorzędnych owrzodzeń kiłowych gardła. Według spostrzeżeń autora w szpitalu westminsterskim w Londynie pomazywania 4% rozczynem siarkanu miedziowego są najlepszym sposobem leczenia trzeciorzędnych owrzodzeń w gardle, daleko lepszym, niż przyżeganie kamieniem piekielnym lub pomazywanie nastojem jodowym, gdyż często już w 12 dniach sprowadzają zupełne zagojenie się przerzeczonych wrzodów, nawet rozległych. Rozumie się samo przez się, że leczenie miejscowe musi łączyć się z leczeniem ogólnem.

Pomazywania rozczynem siarkanu miedziowego odbywają się raz na dzień lub raz na dwa dni w ten sposób, że owrzodzenie oczyszcza się naprzód jakim płynem alkalicznym, następnie obsusza watą i znieczula rozczynem 4% kokainy a dopiero w końcu pomazuje siarkanem miedziowym. W czasie tego leczenia używa chory kwasu borowego do płukania gardła.

— K. Garré: Leczenie wola wstrzykiwaniami jodoformu. Autor wracając do sposobu już dawniej używanego a teraz zupełnie zapomnianego, użył go u 140 chorych kliniki chirurgicznej w Tybindze i zaleca go na podstawie własnych swych doświadczeń, jako bardzo łatwy a całkiem bezpieczny.

Wstrzykiwanie robi się zwykłą strzykawką Pravazowską poprzednio oczyszczoną 5% kwasem karbolowym a używa do nich płynu podanego przez Mosetiga Moorhofa:

82) Rp. *Jodoformii* 1·00
Olei olivarumi
Aetheris sulfurici $\widehat{aa}$ 7·00
MDS. Zewnętrznie. Przechowywać w ciemności.

Po oczyszczeniu skóry naprzód eterem, następnie rozczynem sublimatu chwyta lekarz stojący poza chorym między drugi a trzeci palec tę część wola, do której chce wstrzyknąć płyn wymieniony a przyciskając ją ku stosowi kręgowemu wbija igłę na 2 do 3 cm., oczywiście unikając zranienia żył widocznych. Jeżeli teraz w czasie trzymania igły w miejscu chory zrobi ruch jak do połknięcia a igła pójdzie za tym ruchem, jestto znak, iż igłę wbito należycie, poczem wypróżnia się strzykawkę odrazu i wyjmuje. Miejsce wbicia igły opatruje się prostym plastrem.

Zazwyczaj wstrzykuje się naraz jednę strzykawkę, można jednak w razie potrzeby wstrzyknąć nawet i 4 strzykawki.

Wstrzykiwania, o których mowa, sprawiają zazwyczaj lekkie i przemijające tylko pieczenie; niekiedy jednak bóle są znaczniejsze, rozpromieniające się ku zębom i uszom. Nigdy autor nie widział omdlenia tak częstego po wstrzyknieniach nastoju jodowego, używanych dawniej do leczenia wola.

Autor wstrzykuje podany rozczyn jodoformu w miarę potrzeby co dwa do ośmiu dni. Zazwyczaj 3 do 16, średnio 7 wstrzyknień wystarcza do wyleczenia. Na 87 chorych obserwowanych do końca był skutek pomyślny u 77; zmniejszenie się wola wynosiło u 51 więcej niż 2 cm. a przechodziło niekiedy nawet 7 cm.

Zdaniem autora wstrzykiwania jodoformu są skuteczne przedewszystkiem w prostym przeroście gruczołu tarczykowego; można ich jednak użyć z korzyścią i w formie koloidowej tudzież naczyniowej wola. (*Le semaine médicale* 30. Czerwca 1894).

— J. Goldendach (w Moskwie): O użyciu sporyszu przeciw nocnym potom u suchotników. Autor przekonawszy się o nieskuteczności rozmaitych środków zalecanych przeciw temu bardzo dolegliwemu i osłabiającemu przypadowi wpadł ze stanowiska teoretycznego na myśl użycia w tym celu sporyszu. Zadaje go zatem w ilości 0·30 raz lub dwa razy wieczorem przed udaniem się na spoczynek. W poważnej liczbie przypadków miał autor skutek zadawalniający, nieraz nawet bardzo dobry. Chorzy środek ten znosili dobrze i nie doznawali po nim żadnego niekorzystnego działania, nawet po używaniu go nieraz i przez dwa tygodnie. W ostatnich czasach używa autor z lepszym jeszcze skutkiem wstrzykiwań podskórnych ergotyny według przepisu:

83) Rp. *Exti secalis cornuti* 3·00
Spir. vini
Glycerini
Aquae destil. aa 5·00
MDS. Na noc wstrzyknąć jedną strzykawkę.
(Deutsche med. Wochenschrift 28. Czerwca 1894).

— Przeciwko gorączce trawiącej u suchotników zaleca A. Székely:

84) Rp. *Secalis cornuti* 10·00
F. l. a. infusum cum
Aquae destil. 180.00
Cui adde
Natrii salicylici 10·00
MDS. Zażywać dziennie po cztery łyżki stołowe.

Pięć łyżek stołowych tej mięszaniny, zażytych wieczorem w ciągu 2 godzin usuwa według autora gorączkę zupełnie.

Sporysz wpływać ma korzystnie na szum w uszach, który sprawia salicylan sodowy a ten znów wydzielony, choć w małej ilości w formie kwasu salicylowego do płuc, ma działać desinfekcyjnie na sprawy gnilne i w ten sposób miarkować gorączkę trawiącą. (*La semaine médicale* 30. Czerwca 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Marca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 48.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Kol. Gluziński Antoni w przemówieniu swojem oświadcza, że w dyskusyi chciałby na dwie rzeczy zwrócić uwagę: 1-mo na zachowanie się funkcyi chemicznej żołądka po wycięciu odźwiernika dla blizny po wrzodzie żołądkowym; 2-do na kwestyę, jakie przypadki wrzodu lub raka żołądkowego należy oddać w ręce chirurga.

Co do pierwszego punktu, zwraca uwagę kol. Gluziński na spostrzeżenia już niejednokrotne, że po resekcyi odźwiernika we wrzodzie żołądka wraz z usunięciem mechanicznej przeszkody poprawia się chemizm pod tym względem, że objawy nieżytu kwaśnego zmniejszają się dość rychło a zwłaszcza zmniejsza się ilość nadmiernie wydzielającego się kwasu solnego. Wytłómaczenie tej okoliczności łatwo pojąć i można je przewidzieć z góry, jeżeli się uwzględni, że w żołądku ze zwężeniem odźwiernika przychodzi w skutek nagromadzenia się w nim treści i długiego jej pozostawania do fermentacyi, zwłaszcza mlekowej mimo obecności znacznej ilości HCl, że produkta tej fermentacyi drażniąc błonę śluzową żołądka już i tak nieprawidłową przyczyniają się do tem większego wydzielania HCl. Z chwilą zatem zniesienia przeszkody, z chwilą poprawy funkcyi mechanicznej odpada czynnik podtrzymujący fermentacyę, bo w braku zastoju treści pokarmowej HCl wystarczy dla zniesienia działania mikroorganizmów właściwych; to też znika po operacyi n. p. kwas mlekowy z treści żołądkowej, który nie w początkach trawienia, ale przez cały jego ciąg można wykazać, znikają w ogóle produkta fermentacyi, które drażniły błonę śluzową żołądka. Nic też dziwnego, że zmniejsza się stopień kwaśności treści żołądkowej od HCl zależny, że poprawia się chemizm, jeżeli tylko funkcya mechaniczna korzystnej przez operacyę uległa zmianie. Ta poprawa chemizmu jest możliwą tylko do pewnego stopnia, bo pozostaje zawsze zboczenie zawisłe od zmian na błonie śluzowej, właściwych wrzodowi żołądka, którego przebieg dalszy odpowiada zupełnie obrazowi nieżytu kwaśnego żołądka.

Przy punkcie drugim zastanawia się kol. Gluziński, jakie przypadki wrzodu żołądka należy poddać leczeniu chirurgicznemu. Pomijając wskazanie niekiedy wskutek uporczywych krwotoków (przypadek Mikulicza), tylko w przypadkach, które doprowadziły do zwężenia odźwiernika (*stenosis pylori*) a wskutek tego do rozszerzenia żołądka nagromadzenia się pokarmów, niemożności przeprowadzenia ich do dalszych części przewodu pokarmowego *resectio pylori* a w razie niemożności gastroenterostomia winna co najrychlej być wykonaną, zanim organizm popadnie w stan wyniszczenia, nie dozwalający na żaden zabieg chirurgiczny. Przy rozpoznawaniu jednak zwężenia odźwiernika trzeba, o ile przemawiającego uczy doświadczenie, zwrócić nieraz uwagę, czy objawy odpowiadają zwężeniu stałemu czy też przemijającemu; niekiedy bowiem, wskutek drażnienia przez wrzód w części odźwiernikowej, wskutek drażnienia przez nadmiernie wydzielający się HCl mamy kurczowe zaciśnięcie odźwiernika z następstwami, objawy jednak są przemijające, przy odpowiedniem postępowaniu ustępują zupełnie, gdy wrzód się zabliźni a zmniejszy się kwasota treści pokarmowej. Błędem by zatem było, gdyby każdy przypadek wrzodu żołądka, przedstawiający objawy zwężenia odźwiernika, musiano operować. Niedługa względnie obserwacya obok odpowiedniego leczenia rozjaśnią dostatecznie sprawę.

Co do raka, to zwraca uwagę kol. Gluziński, że raki n. p. w dnie lub na krzywiznach żołądka właściwie nie nadają się do operacyi; chory w tym przypadku na założeniu przetoki żołądkowokiszkowej nic nie zyskuje a o doszczętnem leczeniu w chwili rozpoznania niema mowy. Jedynie tylko raki usadowione w części odźwiernikowe i sprowadzające wskutek tego zwężenie odźwiernika ze wszystkiemi następstwami tworzą wskazania dla zabiegu operacyjnego. Słusznie wymaga kol. Rydygier, by jak najwcześniej te przypadki dostawały się w ręce chirurga; mimo tego będą one się dostawać często zapóźno, bo rozpoznanie ich w pierwszych okresach bywa często wprost niemożliwem; badanie bowiem treści żołądkowej niczego jeszcze nie dowodzi. O ile brak HCl obok innych objawów, jak wymiotów fusowatych, wymacalności guza, charłactwa jest ważnym dla rozpoznania raka, sam dla siebie jeszcze niema znaczenia, a te decydujące objawy każą dość długo na siebie czekać. Późno zwłaszcza występuje wymacalność guza w części odźwiernikowej, który występuje wtedy, gdy ciężar treści pokarmowej nagromadzającej się w rozszerzonym żołądku ściągnie część odźwiernikową ku dołowi i wysunie z pod przykrywającego ją lewego płatu wątroby. Dzieje się to zwykle w okresie późniejszym, gdy sprawa trwała już czas dłuższy, gdy przynajmniej gruczoły sąsiednie już mogą być zajęte, gdy więc już minął czas doszczętnej operacyi a jedynie dla ulżenia choremu i przedłużeniu mu życia gastroenterostomia wchodzi w swe prawa. Wina to nie lekarza, lecz środków, którymi dotąd rozporządza. (Sprawozdanie własne).

W odniesieniu się do tych uwag nadmienia kol. Korczyński Edward, że rozstrzeń żołądka zależeć może od przeróżnych przyczyn, a ze względu na wrzód żołądka powołuje się na codzienne doświadczenie, które wskazuje, że na wielkość rozstrzeni wpływa nie tylko blizna w części odźwiernikowej, ale i różne inne czynniki, jak stopień towarzyszącego nieżytu kwaśnego, sposób żywienia się, ogólny stan odżywienia, obrzęk oboczny tkanin około wrzodu i samo obniżenie żołądka, zmieniające fizyologiczne położenie części odźwiernikowej względem dwunastnicy. Ztąd pochodzi, że stopień rozstrzeni żołądka sam przez się nie może być dostateczną miarą zwężenia odźwiernika i że badając chorego po raz pierwszy nigdy nie można orzec z bezwzględną pewnością, jaką część rozstrzeni przypisać należy bliźnie po wrzodzie lub wrzodowi samemu a jaką innym czynnikom. Rzecz rozjaśnia dopiero ścisła obserwacya kliniczna, która bardzo często wykazuje, że pod wpływem odpowiedniego zachowania się dyetetycznego i leczenia, które zmierza z jednej strony do mechanicznego wypróżniania żołądka a z drugiej strony do zmniejszania spraw fermentacyjnych i do przytępiania nadmiernej kwasoty, rozstrzeń zmniejsza się i że osłabiona błona mięsna żołądka do pewnego stopnia jędrnieje napowrót. Wśród tego poprawia się zazwyczaj stan ogólny chorych. To też wskazanem

jest w każdym przypadku cieśni odźwiernikowej w przebiegu wrzodu żołądka poddać chorego przez pewien czas ścisłej obserwacyi klinicznej i leczyć racyonalnie, chociażby tylko w tym celu, by ułatwić przyszły zabieg operacyjny. Jedynie w przypadkach, w których odżywienie chorego bardzo podupadło, gdy płukanie żołądka grozi zubożeniem ustroju w chlorki, lub gdy pod wpływem leczenia zmniejsza się ciężar ciała lub nie daje się utrzymać sztucznem żywieniem, tam niezwłoczna operacya jest wskazana, również jak w przypadkach, gdzie cieśń odźwiernikowa jest bezwzględną przeszkodą dostawania się do dwunastnicy treści żołądkowej.

Mając dotychczas częstą sposobność przekonania się, że chorzy z cieśnią odźwiernikową z wrzodu lub z blizny po wrzodzie osiągali nieraz poprawę tak stanu miejscowego, jakoteż ogólnego, pod wpływem odpowiedniego leczenia nieoperacyjnego i że udawało się częstokroć za każdym nawrotem usunąć pogorszenia, dyskutujący długo był zwolennikiem leczenia wyczekującego, t. j. nieoperacyjnego. W miarę jednak, jak większa ilość przypadków i dłuższa ich obserwacya wykazywała, że leczenie nieoperacyjne nie daje bezwzględnej pewności poprawy, że wywołuje nieraz zubożenie ustroju w chlorki, że prowadzone bez należytej kontroli wagi ciała częstokroć chorym szkodę przynieść może, że nie zabezpiecza od krwotoków i że częstokroć tylko odwleka a nie usuwa zabiegu operacyjnego a nawet przez zbytnie wyczekiwanie może go utrudnić, dyskutujący obecnie jest zasadniczo zwolennikiem rychłego operowania a odpowiednie leczenie nieoperacyjne, o ile na to pozwalają czas, okoliczności i stopień zwężenia odźwiernika, uważa tylko za leczenie przygotowawcze do zabiegu operacyjnego.

W przeciwieństwie do tego, wskazania do zabiegów operacyjnych w r a k u żołądka dyskutujący ogranicza tylko do raka odźwiernika; rak w innem miejscu usadowiony, zdaniem jego, według obecnego stanowiska nauki, nie stanowi wskazania do operacyi. Czy sama obecność raka w odźwierniku, czy dopiero objawy zwężenia odźwiernika przez raka żołądkowego, stanowią właściwe wskazanie do zabiegu operacyjnego, tego rozstrzygać nie chce. Pomijając trudność a bardzo często niemożebność rozpoznania raka we wczesnym okresie i określenia dokładnego jego siedziby, zapytać się godzi, czy dotychczasowa statystyka uprawnia już do tego, by dla operowania w raku żołądka mieć inne wskazanie, jak zwężenie żołądka z raka w części odźwiernikowej. (Sprawozdanie własne).

Kol. Rydygier dziękuje koll. Korczyńskiemu i Gluzińskiemu za tak ciekawą i pouczającą dyskusyę nad swym odczytem; nadto chce zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół, który traktował pobieżnie w swym wykładzie. Oto te przypadki rozszerzenia żołądka, które nie ustępują pod wpływem żadnego leczenia, stanowią zdaniem mówcy wskazanie do gastroenterostomii, gdyż według wszelkiego prawdopodobieństwa jest tam jakaś przyczyna mechaniczna. Gdybyśmy przy operacyi przeszkody takiej nawet i nie znaleźli, to i tak wykonanie gastroenterostomii znacznie przyczyni się do poprawy zdrowia chorego. W końcu zwraca się mówca z prośbą do lekarzy praktyków, aby wobec coraz to pomyślniejszych wyników operacyjnych starali się namawiać odpowiednich chorych jaknajwcześniej do operacyi, gdyż od ogólnego stanu chorego zależy przedewszystkiem dobry wynik tych ciężkich, lecz wdzięcznych operacyj. Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. Z wycieczki do Kneippa.

Podał

Dr. J. Surzycki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Następnie wprowadzają chorego z rozpoznaniem prof. Nagla: *atrophia nervi optici* — i ten także ma robić jakieś *Kopfgussy* a oprócz tego sam ks. Kneipp jakąś pałeczką zapuszcza mu do oczów krople, po których chory twierdzi, że widzi już jakieś błyski (dla wszystkich łatwo zrozumiałe, ale nie dla ks. Kneippa, który cieszy się już z tego, że będzie rychła poprawa).

Wreszcie wchodzi kobieta operowana dwukrotnie w jakiejś klinice z powodu raka sutka, który obecnie odnowił się i zajmuje nietylko dawne miejsce sutka, ale sięga już pod samą pachę. Ks. Kneipp bierze ją za parawan i opatruje; my ją także badamy a K. oświadcza z całym spokojem, że jest pewny wyzdrowienia, byle tylko chora miała dość cierpliwości i pilnie stósowała *Obergussy*. Czyż to więc zaślepienie, czy żarty z chorego. Reszta chorych, których w tym czasie widziałem, należała do zwykłych neurasteników, pomiędzy którymi znalazłem i jednego ze swoich pacyentów; i dla tych naturalnie takie procedury mogły mieć skutek niewątpliwy i rezultaty mogły być korzystne. Dwóch n. p. chorych, pamiętam dobrze, cierpiało długo na nawykowe zaparcie stolca i ci leczeni t. zw. *Blitzgussami* stósowanymi na brzuch, mieli się doskonale i od czasu tej kuracyi więcej nie cierpią na zaparcie. Byli jednak i tacy chorzy, którzy siedzieli u ks. Kneippa $1/_2$ roku, nieraz cały rok i wracali z tymi samymi, upartymi objawami neurastenii, dla których i nasza medycyna niezawsze może znaleźć odpowiedni środek. Jednem słowem nie ma choroby, którejby w Wörishofen nie było i dla którejby kuracya tego rodzaju nie miała być skuteczna a już z tego widać, jak ograniczone ma pojęcie ks. Kneipp o istocie chorób, a nie przypuszczając w nim nieuczciwości (chociaż postępowanie takie, jak z suchotnikami krwią plującymi, lub z tym chorym z wadą serca mogłoby mnie do tego skłonić) muszę widzieć tylko wszelki brak wykształcenia a zaufanie w jakieś nadprzyrodzone siły, których ks. Kneipp oczywiście nie posiada. Że całe otoczenie, ta aureola prawie świętości lub, co najmniej, łaski jakiejś szczególnej jakoby nadanej ks. Kneippowi od Boga, oszałamia leczących się, wprowadza ich w stan jakiejś nadzwyczajności, autosuggestyi, wiary w nadludzkie siły ks. Kneippa, tego nie zaprzeczam i te właśnie okoliczności mogą wpływać korzystnie na stan psychiczny chorych i wywoływać w nich pewną poprawę w stanie nerwowym, do czego też niemało przyczynia się oderwanie się od zwykłych zajęć, od interesów, wypoczynek umysłowy, zmiana trybu życia, skromne jedzenie i mieszkanie, brak wygód rozpieszczających i rozrywek denerwujących, pobyt całymi dniami na świeżem powietrzu lub ruch po takiej procedurze, jak *Wassergehen*, niemniej też system pewnego hartowania ciała, jak n. p. zalecane przez ks. Kneippa chodzenie boso w słotę. I te odczyty, które ks. Kneipp miewa zwykle po południu, niemające ani odrobiny naukowej podstawy, te jego opowiadania o niemożliwych wyleczeniach, o cudownych ziołach i lekach przez niego odkrytych, wreszcie cała literatura znajdująca się w Wörishofen a ograniczona do życia, czynów działania i metody ks. Kneippa, wywołuje nienaturalny stan umysłowy u chorych, wzbudza w nich wiarę w możliwość wyleczenia i naturalnie w lekkich przypadkach ogólnych nerwic może się cieszyć wyleczeniem lub znaczną poprawą. Jeżeli w przypadkach histeryi lub w tym podobnych zboczeniach w układzie nerwowym polecamy leczenie psychiczne, to tutaj w Wörishofen mamy to leczenie stósowane od początku do końca, od samego wjazdu do Wörishofen aż do powrotu chorych do domu, wprawdzie bez żadnego systemu, bez celu, ot tak bezwiednie, ale niemniej skutki mogą być korzystne. Rozgłos, jaki nadają ludzie ks. Kneippowi i jego zakładowi, popycha do niego tysiące chorych z rozmaitych narodowości, kto wie, czy nie najwięcej Polaków, oczywiście przeważnie neurasteników; mniejszość chorych stanowią ci, którzy nie uzyskawszy poprawy na zdrowiu po radach le-

karskich a nie mogąc jej uzyskać z powodu nieuleczalności choroby, jako *ultimum refugium* dążą do Wörishofen i tam szukają swego zbawienia. Naturalnie i tutaj nie dzieją się cuda i chorzy tacy niepotrzebnie tracą czas i pieniądze w nadziei odzyskania zdrowia; i to właśnie mam bardzo za złe ks. Kneippowi i jego doradcom lekarzom, że takim chorym obiecują wyzdrowienie, kiedy przeciwnie powinni rodzinie otwarcie wyznać całą prawdę, wiedząc chyba dobrze, że zanik nerwu wzrokowego lub rak sutka nie da się wyleczyć leczeniem zimną wodą. Jeżeli więc nie przypuszczam chęci wyzyskiwania takich chorych, to muszę przypuścić wielki brak inteligencyi u ks. Kneippa i negacyę zupełną nietylko wiedzy lekarskiej, lecz w ogóle nauki a dość przeczytać jego broszurę: *Ein Wort über Cholera*, żeby się przekonać, jak zacofane pojęcie o chorobach ma ks. Kneipp; lekarzy zaś funkcyonujących w Wörishofen muszę posądzić o brak kardynalnych wiadomości medycznych lub też o złą wiarę, bo lekarz nie powinien służyć nikomu za parawan, jeżeli szanuje swoją godność, i nie powinien wyzyskiwać swego dyplomu dla celów finansowych, jak to jest właśnie w Wörishofen. Blagi i tak jest dosyć na świecie, abyśmy sami jeszcze potrzebowali być jej apostołami. Ludzie rozsądni wcześniej lub później poznają się, gdzie jest prawdziwa nauka a gdzie szalbierstwo i wyzyskiwanie głupoty ludzkiej. U nas chwała Bogu jeszcze nie kwitnie tak dalece blaga i dotąd nie znaleźli się lekarze, którzyby u nas podobne zakłady *quasi* kneippowskie otwierali i ogłaszali skuteczność leczenia kneippowskiego; gdyby zaś się i kto między nami znalazł, to uczciwa opinia lekarska z pewnością potępiłaby takie szalbierstwo.

Jedno, co może być dobrem u ks. Kneippa, to pewnego rodzaju hartowanie ciała i przyzwyczajanie go do zmian temperatury. Ten więc sposób zalecany ludziom słabym, bojącym się o każdy najmniejszy nieżyt dróg oddechowych, papinkowatym, wychowanym przez rodziców pod kołderką, wychuchanym, może przynieść wielkie korzyści; ludzie tacy zmuszeni boso chodzić, zlewać się zimną wodą, używać ciągle ruchu na świeżem powietrzu, t. j. szwedzkiej gimnastyki, nabierają pewnej siły, rodzi się w nich większy zasób energii i wróciwszy do domu, jeżeli kontynuują te procedury, bez wątpienia stają się zdrowszymi i odporniejszymi na przeziębienie. To, coby się żadnemu lekarzowi nie udało przeprowadzić u rodziców, t. j. pewien system w hartowaniu dziecka, to w obec aureoli ks. Kneippa ma powodzenie, wola głuchnie i robi się wszystko, co on każe. Jeszcze na jedno muszę zwrócić uwagę, co niewątpliwie wpływa na wzbudzenie zaufania do ks. Kneippa, to pewna jego bezinteresowność, bo kto może, płaci tam wiele i nieraz b. wiele, ale dzieje się to bez żądania, a natomiast kto nie jest w stanie zapłacić za kuracyę, ten jest od tego uwolnionym. To właśnie nadaje cechę bezinteresowności w kuracyi i zjednywa mu chorych, gdy tymczasem wiemy, że nasze zakłady hidropatyczne są obrachowane na interes i nie dziw, że chory taki z jednej strony widzi w dyrektorze zakładu lekarza a z drugiej strony widzi w nim przedsiębiorcę i w ten sposób traci swą ufność do niego.

Kończąc swój pobieżny rys z pobytu w Wörishofen, chcę jeszcze streścić swoje zapatrywanie na właściwość stósowania kuracyi w Wörishofen a mianowicie: chorym nerwowym z przypadami ogólnego znużenia nerwowego, histeryą, cierpiącym na tle nerwowem na bezsenność, zaparcie stolca, lub inne przypady żołądkowe, bóle głowy, bicie serca i t. d., w których naturalnie żadnych zboczeń anatomicznych w ustroju nie ma, tym nie broniłbym wyjazdu i *quasi* leczenia się w Wörishofen (chociażbym ich do tego nie zachęcał), bo obok zimnej wody i wiara uzdrawia, nam zaś przedewszystkiem powinno chodzić o uzdrowienie chorego, czy to z naszą pomocą lub bez nas. Ale tam, gdzie są zboczenia nerwowe ważniejsze, w ogólnych nawet nerwicach, gdzie lekarz powinien chorego mieć ciągle na oku, kontrolować jego stan, a nie mówię już o tych, gdzie są jakiekolwiek zmiany organiczne, takich broń Boże wysyłać do ks. Kneippa, bo o żadnej opiece ze strony lekarza mowy być nie może i kto z chorych wpadnie w pewien szablon, w tym będzie się i kręcił przez cały pobyt, ziółka zaś i krople podawane przez ks. Kneippa chyba działać nie mogą korzystnie. Nie powinniśmy więc iść tak daleko, ażeby bezwzględnie odmawiać tego rodzaju kuracyi wszelkiego korzystnego wpływu na chorobę, chociaż sposób jej stósowania, badania chorych i zachowania się względem nich nie odpowiada naszym etycznym i lekarskim pojęciom; z drugiej zaś strony powinno się stanowczo chorym zakazać wyjazdu do Wörishofen w tych przypadkach, w których ważność choroby wymaga umiejętnego użycia wszystkich dotychczas znanych środków lekarskich i sumiennego traktowania choroby, czego niestety nie mogłem się dopatrzeć w Wörishofen, pomimo żem bez uprzedzenia przypatrywał się wszystkiemu.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Lipca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W sekcyi medycyny teoretycznej:

Zapewnione są następujące referaty:

1) O lokalizacyi w mózgu. Referent Doc. Dr. Beck (z Krakowa).

2) O nowszych badaniach nad białkami. Referent Dr. Michał Seńkowski (z Krakowa).

3) Nowsze badania o przemianie soli żelazowych w organizmie i działaniu ich na ustrój. Referent Dr. Wacław Sobierański (z Marburga)

4) Dzisiejszy stan nauki o zapaleniu otrzewnej. Referent Dr. K. Klecki (z Krakowa).

W dalszym ciągu (zob. Nr. 16. *Przeglądu lekarskiego*) zapowiedziano następujące wykłady:

13) Lekarz wet. Kośmiński (ze Lwowa). Temat zastrzeżony.

14) Dr. Gustaw Piotrowski (ze Lwowa): O wpływie konstytucyi chemicznej ciał na ich działanie fizyologiczne.

15) Dr. J. Prus (ze Lwowa): O ciałkach Russela.

16) Tenże: O przyczynach leukozytozy.

17) Tenże: O powstawaniu włóknika.

18) Dr. Tadeusz Browicz (z Krakowa): O anomaliach nitek ściągnistych serca.

19) Dr. J. Nowak (z Krakowa). Wynik badań własnych co do obecności prątków dyfterytycznych Loefflera we krwi.

20) Dr. Edw. Piotrowski (z Krakowa): Przyczynek do histologii przyjądrza.

21) Dr. Wanda Szczawińska (z Paryża): Metoda Golgiego i wyniki stósowania jej w badaniach nad układem nerwowym.

22) Dr. M. Seńkowski (z Krakowa): O glikogenie.

23) Dr. Józef Wernicki (ze Lwowa): O potrzebie ustalenia pojęć anatomo-fizyologicznych w nauce o klinicznem badaniu krwi.

24) Tenże: Powstawanie ciałek czerwonych. Powstawanie ciałek białych.

25) Tenże: Występowanie leukozytozy w ogólności, tudzież o występowaniu poszczególnych jej form a mianowicie: *a*) limfozytozy,

b) neutrofilii, c) eozynofilii. Ich znaczenie patologiczne i wpływ na rozpoznawanie chorób i rokowanie. (Z demonstr. preparatów mikroskopicznych i rysunków).

26) Dr. J. Czajkowski (ze Sosnowca): Temat zastrzeżony.

27) Dr. W. A. Gluziński i Dr. A. Beck (z Krakowa): O zboczeniu czynności nerek po podwiązaniu moczowodu. Przyczynek do nauki o wydzielaniu moczu.

28) Dr. A. Beck (z Krakowa): O powstawaniu urobiliny.

29) Dr. K. Klecki (z Krakowa): Przyczynek do nauki o *peritonitis e perforatione*.

30) Tenże: W sprawie wydzielania w jelicie.

31) Dr. Bikeles (ze Lwowa): O wstrząśnieniu mózgu i rdzenia pacierzowego.

32) Dr. W. Sobierański (z Marburga): O funkcyi nerki.

33) Tenże: O działaniu środków moczopędnych.

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

Dr. Julian Kramsztyk (z Warszawy): O zapaleniu płuc u dzieci.

Dr. F. Arnstein: O drgawkach skutkiem ząbkowania i o roli ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego.

Dr. Florkiewicz: O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego jako środku leczniczym.

Dr. Prus: O stósunku syryngomelii do akromegalii (z demonstracyą chorej).

Prof. Dr. Gluziński: Wpływ podwiązania tętnic wieńcowych serca (*art. coronariae cordis*) i stósunek do dusznicy bolesnej (*angina pectoris*).

Tenże: Przyczynek do symptomatologii przedziurawienia jelit.

W sekcyi okulistycznej:

Dr. Zygmunt Kramsztyk (z Warszawy): O przyzwyczajeniu w czynnościach oka.

W sekcyi higieny i medycyny sądowej:

Dr. Seweryn Sterling (z Jeny): Plan badań stanu zdrowotności robotników fabrycznych w Polsce.

— Otrzymujemy ze Lwowa wiadomość, że Dyrekcya kolei rządowych żąda imiennego spisu członków zjazdu i na tej podstawie dopiero wydaje imienne legitymacye kolejowe, służące do uzyskania zniżki w podróży na jej torach, zniżki, o której mowa w ogłoszeniu w nrze 26. *Przeglądu lekarskiego* na str. 380. Ubolewamy nad tem znacznem a dawniej niebywałem utrudnieniem a przezto i udaremnieniem dobrych chęci Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, które dla dogodności jadących na zjazd z Krakowa i przez Kraków chciało mieć u siebie zapas kart legitymacyjnych w celu wydawania ich osobom zgłaszającym się a wydawałoby je oczywiście tylko mającym kwalifikacye na członków Zjazdu.

Wypada dalej z tego postanowienia Dyrekcyi kolei rządowych, że chcący korzystać ze zniżenia ceny na kolei winni zgłaszać się niezwłocznie do Dra W. Bylickiego we Lwowie, załączając 10 złr. jako należytość za udział w Zjeździe.

— Pożegnanie przez słuchaczy Wydziału lekarskiego ustępującego z katedry z powodu dojścia do oznaczonych lat, prof. Teichmanna odbyło się w dniu 7. b. m. o godzinie 12. w południe w pięknie przystrojonej sali wykładowej *theatrum anatomicum*. Salę przybrano roślinami, ławki okryto makatami, popiersie prof. Teichmanna, stale w sali znajdujące się, otoczono laurem i żywymi kwiatami. Ławki zapełnił zastęp paruset młodzieży; w pierwszych rzędach zasiedli profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego Wydziału lekarskiego i dyrektor szpitala św. Łazarza Dr. Ponikło z gronem lekarzy szpitalnych.

Gdy na salę wszedł prof. Dr. Teichmann w otoczeniu rodziny i członków komitetu, powstali wszyscy z miejsc i powitali go grzmiącymi, długotrwałymi oklaskami. Skoro oklaski uciszyły się a chór akademicki odśpiewał stósowną do okoliczności pieśń, przemówił imieniem młodzieży medyk p. Świeżawski. Przedewszystkiem dał wyraz żalu z powodu rozstawania się z katedrą profesora, którego imię znane i sławione, który jest powagą naukową wszędzie, gdziekolwiek istnieje ognisko nauki. Wie o tem młodzież i dumną jest z tego. Dalej rozwija mowca bliżej zasługi naukowe profesora, jego wpływ na młodzież, jego przykład, wskazujący jej drogę pracy i obowiązku. Wdzięczna za to, uwieńczyła dziś laurem biust swego ukochanego i zasłużonego profesora.

Imieniem b. asystentów złożył następnie Dr. Karpiński hołd niezrównanemu badaczowi przyrody.

Z kolei dziękował młodzieży prof. Dr. Teichmann. Przypomniał pierwszy swój wykład w roku 1862, na który przybyło tylko 3 słuchaczy. Wzrosła ich liczba i wzrastała stale a zawsze utrzymywała się wzajemna harmonia; dążył do niej mowca drogą sprawiedliwości, nie szczędząc pochwał młodzieży, gdy na nie zasługiwała, nie szczędząc nagany, gdy była potrzebna. Słyszał mowca powiedziany tu wyraz: zasługa. Pojmuje zadanie profesora, jako najświętszy obowiązek i tylko za obowiązek je uważa — za nic więcej. Czynności profesorskie dzielą się na dwie kategorye Jedne urzędowe, określone przepisami, ustają z chwilą przejścia na emeryturę. Ale jest druga część obowiązków; te są moralne i nie dadzą skrępować się żadnemi rozporządzeniami lub paragrafami. Do tych obowiązków należy posuwanie naprzód umiejętności, praca nad nią dzień i noc. Na tem polu ja panów nie żegnam (oklaski). Skalpeli nie położyłem na stół, ani pióra nie złamałem. Pracować będę dopóki siły pozwolą; od tych obowiązków nikt mnie nie uwolni! (oklaski).

Wspólnie pracujemy na jednem polu; ja zbliżam się do końca, panowie rozpoczynacie pracę. Spieszcie się z tą pracą, bo ja długo nie mogę czekać. Im wcześniej znajdę sposobność spotkać się z panami w pracy na tej niwie, tem milej będzie dla mnie (huczne oklaski).

Po mowie profesora Teichmanna rozległy się niekończące się burzliwe oklaski; wśród śpiewu chóru: *Niech żyje nam!* opuścił profesor wraz z rodziną salę wykładową. Liczny zastęp uczniów odprowadził czcigodnego profesora do domu; przy bramie Floryańskiej odfotografowano całą grupę. Wieczorem urządziła młodzież uniwersytecka na cześć prof. Teichmanna okazały korowód z pochodniami w towarzystwie tłumów publiczności.

— *Centralblatt für Chirurgie* umieścił na czele swego numeru z 7. b. m. pracę kol. R. Barącza o wykluczeniu jelita, drukowaną niedawno w naszem piśmie, przyczem nasunęła się nam z przyjemnością uwaga, że od pewnego czasu pisma lekarskie niemieckie oddają poprawnie nazwiska polskich autorów, co jest dowodem, iż coraz bardziej liczą się z naszem piśmiennictwem.

— Dr. A. Sokołowski w Warszawie (przy ulicy Mazowieckiej nr 20) zaproszony przez redakcyę *Internationales Centralblatt für Laryngologie*, wydawanego przez prof. Semona w Londynie, na referenta literatury polskiej uprasza Sz. Kolegów o nadsyłanie mu odbitek z prac z zakresu laryngologii, rynologii i t. p., drukowanych w polskich pismach peryodycznych lekarskich, począwszy od 1. Lipca r. b.

— Biuro Izby lekarskiej w Krakowie, mieszczące się dotąd w prywatnem mieszkaniu prezydenta Izby, prof. Dra Jakubowskiego, przeniesiono z d. 1. Lipca b. r. do własnego lokalu przy ulicy św. Krzyża Nr. 7. Otwarte w godz. urzędowych codziennie od 3—5 po południu.

— Namiestnictwo galicyjskie zaprosiło Wydziały obu krajowych Izb lekarskich na wspólną naradę, mającą się odbyć d. 22. b. m. we Lwowie a to w celu porozumienia się w kwestyach zasadniczych, tyczących się regulaminów obu tych Izb, jak również w celu zastanowienia się nad sposobem pośredniczenia władz politycznych w zgłaszaniu się lekarzy do Izb lekarskich i ściąganiu od nich opłat na utrzymanie Izb.

— Na wystawie krajowej we Lwowie znajduje się osobny dział sanitarny we własnym pawilonie. Naprzeciw głównego wejścia pomieszczono wystawę Wydziału krajowego. Tu znajdują się przedewszystkiem plany i fotografie wszystkich szpitali krajowych, łóżka dla chorych i dzieci, oraz różne przedmioty, dostarczone przez zakład artystyczno-ślusarski i maszynowy Adama Staszczyka z Krakowa. Mianowicie wystawił p. Staszczyk: stół operacyjny żelazny, szafę żelazną oszkloną dla przechowywania narzędzi chirurgicznych, stojak na irygatory (zwilżacze), stolik żelazny na kółkach, żelazne łóżko szpitalne, szkatułkę wertheimowską w postaci albumu i wiele innych przedmiotów. Prócz tego przedstawił Wydział krajowy tablice, zawierające prawidła żywienia chorych w szpitalach prowincyonalnych.

Ciekawe są daty tyczące się rozwoju szpitali powszechnych, pod względem ilości chorych, szukających w nich opieki. W roku 1871 łóżek było 2 595, chorych 19.763, dni leczenia 650.975; procent śmiertelności 12 2; w roku 1893 zaś było łóżek 4.039, chorych 48.597, dni leczenia 1,392.266, procent śmiertelności 9·2. Koszta leczenia chorych ubogich w r. 1871 wynosiły 137.433 złr., w r. 1893 zaś 859.226 złr. Od roku 1886 fundusz krajowy na koszta leczenia ubogich zapłacił 13,481.430 złr., oprócz wydanych na budowle około 3 milionów złr.

Z prywatnych wystawców krakowskich wzięli udział w tym dziale Władysław Bełdowski, z pudełkami tekturowemi dla aptekarzy,

Michał Dobrowolski z Nowej Wsi pod Krakowem z okazami fabryki przetworów techniczno-farmaceutycznych, Stanisław Rożnowski z mydełkami, Józef Ślęczkowski z środkami toaletowymi, higienicznymi i lekarskimi, Florentyn Michalski (zastępcy Mossoczy i Pytlarski w Krakowie) z fotografiami i opisem użycia aparatu ekstrakcyjnego własnego wynalazku. Szpital Braci Miłosierdzia w Krakowie przedstawił łóżko dla chorych i fotografię wnętrza gmachu. Towarzystwo Opieki zdrowia (Dr. Henryk Jordan) przedstawiło statut, sprawozdania i wydawnictwa swoje tudzież kwestyonaryusz w sprawie żywienia się ludu w Galicyi, tablice graficzne, przedstawiające żywienie się tego ludu. Dr. Jan Gwiazdomorski przedstawił plan i fotografie domu zdrowia. Ludwik Knapiński wystąpił z instrumentami. Między wystawcami figurują także: Antoni Popiel z instrumentami lekarskimi. Rząca i Chmurski ze sztucznemi wodami mineralnemi, apteki Konstantego Wilczyńskiego i Konstantego Wiszniewskiego z wyrobami farmaceutycznymi.

Bardzo wielu jest wystawców z prowincyi, między nimi niemal wszystkie zakłady zdrojowe galicyjskie. Nadto dużo jest wystawców z poza kraju.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Edmund Puchacki, lekarz kilku gmin podmiejskich pod Krakowem, w Krakowie dnia 8. Lipca b. r. przeżywszy lat 38. — Justyn Glinka, lekarz praktykujący w Koziatynie, w dniu 15. Czerwca w Berdyczowie na dur osutkowy.

NADESŁANE.

Administracya uprasza usilnie tych PP. prenumeratorów *Przeglądu lekarskiego*, którzy zalegają z przedpłatą, aby zechcieli ją uiścić jak najrychlej.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 21. Lipca 1894 r. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

Za dni kilka już zjadą się po raz siódmy, dzięki trafnej, przed 25 laty właśnie powziętej inicyatywie nieodżałowanej pamięci **Adryana Baranieckiego** nasi przyrodnicy i lekarze a zjadą wśród niezwykłego nastroju, jakiego podnietą jest odbywająca się właśnie wystawa krajowa, mająca świadczyć o naszym postępie na polu nauk, sztuk, przemysłu, gospodarstwa rolnego i opieki nad zdrowiem publicznem. Zapowiedzenie znacznej liczby odczytów, między którymi wiele dotyka bardzo ważnych kwestyj z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich lub ich zastósowania praktycznego, życzliwość Władz, energia Komitetu gospodarczego i gościnność mieszkańców miasta są dobremi wróżbami dla Zjazdu przyrodników i lekarzy, mającego wkrótce rozpocząć swe czynności.

Mając też uzasadnioną nadzieję, iż Zjazd spełni dobrze ważne swe zadania przyczynienia się do postępu nauki, zbliżenia koleżeńskiego do siebie pracowników na polu umiejętności przyrodniczych i lekarskich, tudzież przysporzenia krajowi korzyści z poprawy stósunków ekonomicznych i sanitarnych życzymy mu powodzenia w pracy i zasyłamy serdeczne Szczęść Boże!

Redakcya.

I. O przymiotach dobrej wody oraz metodach badania ze stanowiska współczesnej higieny.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 27. Czerwca 1894.

przez

O. Bujwida.

Jednem z najważniejszych a zarazem i najczęściej poruszanych zagadnień higieny jest oznaczenie, czego wymagać należy, ażeby można było uznać daną wodę za mniej lub więcej zdatną do użytku ludności. W tym celu posługiwano się do niedawna jedynie metodą chemiczną. Z wynalezieniem przez Kocha metody hodowania bakteryj na stałych pożywkach wprowadzono inną metodę, pozwalającą określić ilość i jakość żywych szkodliwych zanieczyszczeń; jest to metoda bakteryologiczna. Trudno zaprzeczyć dzisiaj, że ta druga, nowa metoda stanowczo wyprzedziła pierwszą. W krótkości postaramy się obecnie przedstawić, jakich zanieczyszczeń w wodzie poszukiwać i jakie z nich za najszkodliwsze uznać należy oraz jakie rodzaje wody najmniej zawierają zanieczyszczeń. Osobno rozpatrzymy się szczegółowo w różnych rodzajach wody i opiszemy metody badania i sposoby oczyszczania wody.

Przedewszystkiem staramy się orzec, czy dana woda jest szkodliwą czy nie. Jeżeli zastósujemy metodę chemiczną, możemy wykryć za jej pomocą trujące pierwiastki, jak ołów, arsen i t. p., następnie zaś możemy wykryć związki, jakie powstają z rozkładu lub towarzyszą rozkładowi materyi organicznej, oraz substancye pochodzące z wydalin ustroju zwierzęcego i ludzkiego, odpadków gospodarstwa domowego i innych nieużytecznych materyj. Nie zawsze wszystkie te substancye znajdujemy w wodzie, nie wszystkie wreszcie znajdują się w ilościach dostatecznych do wykrycia; tak

n. p. do obecnej chwili nie możemy powiedzieć stanowczo, czy w wodzie znajdują się, czy nie znajdują się substancye trujące czyli toksyny i ptomainy wytwarzane przez zarazki i bardziej na zasadzie rozumowania, niż rzeczywistych danych dochodzimy do wniosku, że ich w wodzie nie bywa. Za pomocą chemii nie możemy wcale przekonać się, czy i o ile w wodzie znajdują się bakterye. Możnaby to zrobić wprawdzie za pomocą oznaczenia substancyi organicznej — ilość jej jednak w wodzie jest w ogóle nieznaczna; przedewszystkiem zaś ciężar bakteryj jest tak mały, że uchodzi w całości badaniu. Ciężar ten można dosyć ściśle oznaczyć za pomocą metody biologicznej; pokaże się wówczas, że jeden miligram czystej hodowli zawiera 10—40 milionów bakteryj; w tej zaś wadze około $^1/_{10}$ przypadnie na właściwą substancyę organiczną, czyli że 100—400 milionów bakteryj dać może zaledwo miligram substancyi organicznej.

Badając chemicznie porcyę wody, nie przenoszącą 100 cm. sz. nie mamy w tej ilości wody nigdy więcej nad 100 do 500 tysięcy bakteryj. Ztąd widać więc, że w tym razie przechodzimy znacznie granice ścisłości metody chemicznej i musimy użyć innej a tą jest metoda biologicznego oznaczania ilości bakteryj.

Jeżeli za pomocą chemii wykryć nie możemy ilości bakteryj, to naturalnie tembardziej nie możemy określić ich jakości, co dla higieny mieć musi najgłówniejsze znaczenie. Metoda biologiczna pozwala nam na jedno i na drugie, jakkolwiek z niejednakową łatwością. W każdym razie bliżej będziemy prawdy, jeżeli poprzestając choćby tylko na oznaczeniu ilości obliczymy bakterye w wodzie zawarte. Pozwoli nam to z daleko większą pewnością sądzić o ilości możliwych szkodliwych zanieczyszczeń, niż gdybyśmy posiłkowali się jedynie metodą chemiczną. Jeżeli woda zawiera wiele bakteryj, oznacza to, że styka się z wielkiemi ilościami rozkładających się materyj organicznych, że bliską jest ścieków, w których łatwo znaleźć się mogą zarazki chorobotwórcze. Mogę powiedzieć na zasadzie wielu badań własnych i cudzych, że nie ma metody czulszej do oznaczenia ilości szkodliwych zanieczyszczeń, jak ta właśnie metoda bakteryologiczna.

Poniżej przytoczę kilka dowodów na poparcie tego twierdzenia. Teraz zaznajomimy się z temi zanieczyszczeniami, które oddawna uważamy za szkodliwe a które wykryć można na drodze chemicznej. Dwie te metody bowiem powinny iść ręka w rękę uzupełniając się wzajemnie. Pominiemy pierwiastki mineralne trujące, jako znajdować się mogące w wyjątkowych tylko okolicznościach a wymienimy te tylko, które zwykle znajdują się w wodzie.

Przedewszystkiem chlor i jego połączenia, najczęściej w postaci chlorku sodowego czyli soli kuchennej w wodzie wykrywane, wskazują na zanieczyszczenie przez wydaliny płynne (mocz). Przesiąkając przez grunt chlorek sodowy dostaje się do wody i może w niej znajdywać się w mniejszej lub większej ilości. Różni autorzy różne podają ilości dozwolone chlorków w wodzie. Granice wahań są dosyć znaczne, wynoszą bowiem od 2—50 miligramów w litrze. Za podstawę wszakże przyjąć należy, zdaniem mojem, tę ilość, która w każdym gruncie jako takim się znajduje i tylko przewyżkę uważać za zanieczyszczenie. Grunt Krakowa i okolicy jakkolwiek nie wszędzie, zawierać musi w głębszych warstwach nieco soli, gdyż Wisła pod Krakowem zawiera 15 mgr. w litrze, (pod Warszawą tylko 7 mgr.), to też 15 mgr. uważać będziemy jako najwyższe prawidło dla Krakowa [1]). Takiej wody jednak, któraby zawierała tyle tylko chlorków, w całym Krakowie nie znajdujemy. Przeglądając najobszerniejszą w tym względzie pracę prof. Olszewskiego nad wodą Krakowa, również nie mogliśmy znaleźć podobnie czystej wody. W większej części studzien ilość chloru przenosi 50 miligramów w litrze a bardzo często przechodzi poza 100 i 200 miligramów. Odpowiednią zatem ilość moczu wypijać muszą mieszkańcy Krakowa.

Prócz chloru żadna z części składowych nie wykazuje tak wybitnie zanieczyszczenia wody wytworami zwierzęcymi. Inne związki, jak kwas azotowy i amoniak znajdować się mogą nawet w dosyć znacznych ilościach i w wodach niezanieczyszczonych. Pochodzą one z rozkładu materyi organicznej pokrywającej powierzchnię gruntu a w części i z opadów atmosferycznych, w których znajdują się stale. To też ślady amoniaku i 4—20 miligr. kwasu azotowego dopuścić można w wodzie do picia według prawidła przyjętego przez Towarzystwo chemików szwajcarskich. Sądzę jednak, że nie do każdej wody można zastósować to prawidło. Wody studzienne krakowskie, zawierające amoniak prawie bez wyjątku wykazują również wielkie ilości żywych bakteryj. Wielkie ilości kwasu azotowego u nas zawsze występują współcześnie z innemi szkodliwemi zanieczyszczeniami. To też u nas prawidłowa ilość kwasu azotowego winna być mniejsza i nie przenosić t. zw. śladów, które odpowiadają mniej więcej 5 mgr. w litrze, amoniaku zaś nie powinno się dopuszczać wcale mianowicie wówczas, gdy znajdujemy w wodzie więcej, niż 300 bakteryj w 1 cm³.

Kwas azotawy zwykle znajduje się w wodach bardzo zanieczyszczonych i dlatego nawet śladów jego nie można dopuścić.

Ilość materyj organicznych w wodzie nie powinna przekraczać 10—50 miligr. w litrze. To powszechnie przyjęte prawidło można i u nas zastósować, jakkolwiek oznaczanie ilości materyj organicznych za pomocą zwykłych metod dotąd używanych nie daje dokładnego pojęcia o rzeczywistej ich ilości.

Jeszcze jedna cyfra może mieć znaczenie; jest nią oznaczenie twardości wody. Woda jest tem twardszą, im więcej zawiera węglanu i siarkanu wapniowego i magnowego. Twardość ta zmniejsza się przy gotowaniu, jeżeli w wodzie jest dużo wolnego bezwodnika kwasu węglowego, gdyż w tym razie rozkłada się rozpuszczalny dwuwęglan wapniowy a opada węglan nierozpuszczalny. Ponieważ bezwodnik węglowy tworzy się w gruncie skutkiem utleniania się substancyj organicznych kosztem tlenu powietrza, zatem im więcej znajduje się w wodzie wolnego bezwodnika, tem więcej spraw rozkładowych, tem więcej rozpuści się wapna i tem większą twardość ogólna czyli przemijająca.

Wody Krakowa i okolic muszą być dosyć twarde, już wskutek wielkiej ilości związków wapna i magnezyi w gruncie. Twardość całkowita wody wiślanej pod Krakowem wynosi około 14⁰ franc., co odpowiada 140 mgrm. w litrze węglanu wapniowego. Wody gruntowe okolic Krakowa, jak np. woda ze źródeł Regulickich jest twardsza, według mojego

[1]) Właściwie nawet ta ilość jest za wielką, gdyż wody studzienne pochodzą z warstw powierzchownych, które zawierają znacznie mniej chloru.

rozbioru wynosi bowiem 18⁰. Wody studzienne w samym Krakowie są znacznie twardsze; twardość ogólna dochodzi często do 80 i wyżej stopni francuskich, co wskazuje znów na zanieczyszczenia organiczne gruntu. Twardość wody do użytku technicznego powinna być jak najmniejszą, gdyż od niej zależy tworzenie się osadu w kotłach Do picia najlepszą jest woda mająca 10—14⁰ ogólnej twardości.

Jak już powyżej oświadczyć miałem sposobność, wszystkie te dane chemiczne z badania wody za pomocą metod ilościowych nie dają nam właściwie dokładnego obrazu szkodliwości zanieczyszczeń. Dzieje się to głównie z tej przyczyny, że woda może zawierać wszystkie te zanieczyszczenia nawet w znacznych ilościach a jednak nie być szkodliwą. Bo i cóż szkodzić może chlorek sodowy, węglan wapniowy, azotan wapniowy i t. p. związki chemiczne z natury swojej zupełnie nieszkodliwe lub szkodliwe tylko w ilościach kilkaset razy większych od tych, które zwykle znajdujemy w wodzie. Jeżeli tedy obecność tych zanieczyszczeń uznajemy za wskazówkę szkodliwości badanej wody, to robimy to jedynie na tej zasadzie, że zostają one w związku z rozkładem materyi organicznej będącym, jak wiadomo, wynikiem życia bakteryj. Szkodliwość zatem danej wody uważać można za zależną od mniejszej lub większej ilości żywych wytwórców produktów zanieczyszczających; wielka ilość bakteryj w wodzie wskazuje bowiem na możliwość dostawania się pomiędzy nieszkodliwymi również i szkodliwych bakteryj. Zresztą i nieszkodliwe gnilne bakterye, w większej ilości do ustroju wprowadzone mogą w nim wywołać zboczenia chorobowe. Jeżeli przeto zanieczyszczenia, dające się wykryć w wodzie sposobem chemicznym same przez się nie mogą być szkodliwemi z powodu znacznego roztworzenia, możemy uznać za zasadę, że skoro dana woda zawiera dużo nawet produktów, lecz mało bakteryj, można ją uważać za nieszkodliwą.

Że zaś ta pozorna sprzeczność jest wcale pospolita, pochodzi ztąd, że grunt w grubszej warstwie stanowi tak dokładny filtr, że nie przepuszcza żadnych zarazków, które wydzielone z chorego ustroju znajdują się tylko na powierzchni ziemi i głębiej nie przenikają.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Czy można z góry wiedzieć, w którym przypadku ciąża dojdzie do kresu a w którym się przerwie? Zapewne, że nie. Ale mimo to są przypadki, w których z prawdopodobieństwem można to przewidzieć. I tak n. p. torbiele bardzo duże lub bardzo szybko rosnące, dalej małe, poruszające się łatwo w jamie brzusznej i zmieniające wskutek tych ruchów ciągle położenie macicy, (przyp. 8. i 9-ty), dalej torbiele przyrosłe do dna jamy Douglasa i wywołujące przez swój wzrost objawy uwięźnienia, w końcu guzy leżące na tyłozgiętej macicy i nie pozwalające jej wyprostować się (przypadek Reutera[1]) i Schrödera[2]) sprowadzą łatwiej poronienie niż te, które ani swoją wielkością nie zabierają zbyt wiele miejsca w jamie brzusznej, ani położeniem swojem nie przemieszczają macicy, ani w końcu żywych swoich ruchów nie udzielają macicy. Wszystko to tylko do pewnego stopnia pozwala tak lub inaczej rokować; ścisłość i pewność jest wprost niemożliwa tam, gdzie tyle zawisło od często indywidualnej pobudliwości macicy.

Wpływ guzów jajnikowych na poród jest niewątpliwie daleko niekorzystniejszy, niż na ciążę. Z wyżej zestawionych przypadków w czterech, t. j. 1-ym, 4-ym, 5-ym i 10-tym można było wpływ ten obserwować, w jednym t. j. w 7-ym, wspominają o nim wywiady. W przypadku 1-ym i 4-ym guz stanowił bezwzględną przeszkodę porodową, która w 1-ym przypadku dała się usunąć, w 4-ym zaś uczyniła potrzebnem cięcie cesarskie, zakończone śmiercią. W przypadkach 5-ym i 10-ym nie było mechanicznej przeszkody porodowej, ale w 5-ym przebieg porodu był mimo to tak dla matki jak i dla dziecka niekorzystny i zakończył się śmiercią obu istot. Przeciwnie w przypadku 10-ym, zakończonym korzystnie dla obojga, matki i płodu, guz był dla porodu obojętny. To samo powiedzieć można o znanym nam tylko z wywiadów przypadku 6-ym.

Zestawienia statystyczne wykazują, że powikłanie porodu guzami jajnika jest tak ciężkie, że stósunkowo często kończy się śmiercią matki a jeszcze częściej śmiercią dziecka Rozmaite statystyki różnią się w tej mierze w sposób uderzający. I tak najgorsza ze wszystkich statystyka Litzmanna, oparta na 54 przypadkach wykazuje śmiertelność 44·5%, zebrana zaś razem statystyka Braxtona Hicksa[3]), Rogersa[4]) i Spencera Wellsa (22 przypadków) zaledwie 4·5%. Różnica to duża a w obec małej ilości przypadków zrozumiała. Zestawienie Playfaira (57 przyp.) daje śmiertelność matek 40% a największa a więc *eo ipso* najwiarygodniejsza statystyka Jettera[5]) (215 przyp.) wykazuje 30% śmiertelności. Podobne cyfry daje zestawienie Hirscha i Rémyego.[6]) Już te różnice wykazują, że pożądaną byłaby statystyka większa, na której, szukając wskazań operacyjnych i sposobów leczenia, możnaby oprzeć się śmielej.

Zachodzi pytanie, jakiego rodzaju są te powikłania porodowe tak dla matek i dzieci groźne i od czego one zawisły.

Przeglądając ogłoszone i zestawione w piśmiennictwie przypadki, przychodzi się do przekonania, że rokowanie porodowe zawisło od wielkości, usadowienia, konsystencyi, względnie budowy guza i od tego, czy jest wolny, czy do sąsiedztwa przyrosły. Jeżeli guz jajnikowy jest niewielki, wolny i znajduje się podczas porodu ponad wchodem miednicy, to może nie zakłócać w niczem przebiegu porodu (przyp. 10).

Jeżeli jest duży i znajduje się, jak to zresztą z dużemi guzami bywa prawie zawsze, ponad miednicą małą, to wpływ jego niekorzystny na poród albo się wcale nie objawia albo tylko o tyle, że przemieszczając macicę, zmienia

[1]) Reuter: Ovariotomie bei Gravidität. Inaug. Diss. Jena 1888.
[2]) Schröder: Zeitschr. f. Geburt. u. Gynaek. t. V. 383.
[3]) Fenger: The Journal of gynaecology 1891. September.
[4]) Playfair: On the treatment of labour etc. Obst. trans. 1868.
[5]) Jetter l. c.
[6]) Rémy l. c.

kierunek jej skurczów a w drugim okresie nie dozwala działania tak często niezbędnej tłoczni brzusznej. Więc, jak widzimy, od wielkości guza zawisło do pewnego stopnia rokowanie porodowe. W niewątpliwie wyższym stopniu zależy ono od umiejscowienia. Nie chodzi tu o to, czy torbiel leży na prawo, na lewo, przed, czy za macicą, to jest najczęściej obojętne; ważnem jest tylko to, czy guz znajduje się nad, czy pod wchodem miednicy. Tumory leżące w miednicy małej, choćby nawet, jak na torbiel jajnika, nieduże, wypełniają przecież zagłębienie kości krzyżowej i sprowadzają najczęściej bezwzględny niestósunek porodowy (przyp. 1 i 4). Dopiero ten niestósunek ze swojej strony daje wskazanie do zabiegów operacyjnych, przeważnie ciężkich. Będzie o nich mowa w ustępie o leczeniu.

W tym niestósunku i jego znanych następstwach i tych zabiegach, mających na celu usunięcie go (przyp. 1-szy) lub rozwiązanie matki (przyp. 4-y), szukać należy przyczyny tak znacznej śmiertelności matek i dzieci podczas porodu. Dowodem tego najlepszym tabliczki statystyczne Playfaira i Jettera przytoczone w dziele Charpentiera[1]).

Dwa pozostałe czynniki, od których też w mniejszym lub większym stopniu zawisło rokowanie porodowe, t. j. budowa, względnie konsystencya guza i jego zrosty, odgrywają najważniejszą rolę w tych przypadkach, w których guz znajduje się w miednicy małej. Wolne, jednokomorowe torbiele pozwalają daleko lepiej rokować, niż przyrosłe do jamy Douglasa torbielaki, bo zabieg potrzebny w pierwszym przypadku do usunięcia niestósunku jest bez porównania mniejszej wagi, niż zabieg w przypadku drugim.

Wszelkie zboczenia porodowe zawisłe od tych czterech czynników dają się przewidzieć z góry, i, gdyby innych nie było, rokowanie porodowe nie byłoby zbyt trudne. Ale oprócz nich wydarzają się i inne, niespodziewane a zwykle groźne. Tu należą okręcenie szypuły, krwotok do guza i pęknięcie torbiela, o których wspomnimy raz jeszcze, mówiąc o wpływie porodu na guzy jajnikowe. Mówiąc o powikłaniu porodu guzami, mieliśmy dotąd na myśli dwa pierwsze jego okresy; w tym czasie bowiem widzimy najczęściej najgroźniejsze objawy i w tych okresach wykonywa się też najczęściej zabiegi. Ale i trzeci okres porodowy może się przeciągać i przez krwotoki wewnętrzne i zewnętrzne pogarszać rokowanie. Tu należą te nieliczne przypadki, w których po skończeniu drugiego okresu guz jajnika wsuwa się do miednicy małej i przemieszczając macicę ku przodowi i ku górze odcina drogę łożysku.

Czy kobieta uniknąwszy szczęśliwie niebezpieczeństw ciąży i porodu jest bezpieczna w połogu? Czy grożą jej tylko te same niebezpieczeństwa, co innej położnicy, względnie innej kobiecie, mającej guz jajnikowy?

Na pytanie to mogłaby odpowiedzieć tylko wielka statystyka, której nie ma a w braku której domyślać się tylko możemy odpowiedzi przeczącej. Z naszych pięciu pacyentek, które urodziły mając guz jajnika, zmarły dwie (4 i 5), a trzy (1, 6 i 10) odbywały połóg.

U pacyentki J. Z. (10). był on równie, jak poród prawidłowy, u chorej B. H. (1). gorączkowy, ale szczęśliwie ukończony, u chorej zaś H. H. (6). wystąpiło w pierwszych dniach połogu okręcenie szypuły i zapalenie otrzewnej. Stan jej wymagał owaryotomii, która też wykonano szczęśliwie.

Zapiski literackie odnośnie do połogu są bardzo niedokładne. Olshausen[1]) w znakomicie opracowanej rzeczy o tumorach jajnika u ciężarnych, wspomina o tem zaledwie w kilku słowach; szerzej już nieco rozwodzi się nad tem Charpentier[2]) i Reuter[3]). Wszyscy oświadczają zgodnie, że przebieg połogu musi być i jest przedewszystkiem dlatego gorszy, że poród był zwykle długi, ciężki i wymagał nieraz zabiegów operacyjnych. Ztąd pochodzi stósunkowo wielka liczba zakażeń połogowych. Nadto (Reuter) utrudnione zwijanie się macicy, do guza przyrosłej lub przemieszczonej przedłużać może połóg i sprowadzać niebezpieczne dla już wyniszczonej i osłabionej osoby krwawienia. Jeżeli nadto uwzględnimy, że i na odwrót wpływ połogu na guz może sprowadzić takie jego przemiany, które wprost życiu położnicy zagrażają, jak to było w przypadku Barton Cooke Stirsta[4]), Charpentiera i naszym V-ym), to już nie domyślać się, lecz twierdzić możemy, że połóg u tych osób przebiega gorzej, niż zwykle.

Zestawiwszy w ten sposób pokrótce zboczenia, jakim ulegać może przebieg ciąży, porodu i połogu pod wpływem guzów jajnika, zastanowić się musimy nad pytaniem, czy naodwrót ciąża, poród i połóg zmieniają w czemkolwiek zwykły przebieg nowotworów jajnika; więc przedewszystkiem, czy nowotwory te rosną prędzej w ciąży, niż poza nią. Co do tego, zdania są podzielone. Większość autorów oświadcza, że tak jest często, ale nie zawsze. Reuter[5]) uważa przyspieszenie się wzrostu guza w ciąży za regułę i przypisuje objawowi temu ważne znaczenie rozpoznawcze, podobnie jak Schröder[6]), Winckel[7]) i inni. Engström[8]) sądzi, że wzrost ten czasem jest uderzająco szybki. Inni, jak Olshausen, Charpentier, Zweifel[9]) wyrażają się o sprawie tej z zastrzeżeniami. Z naszych pacyentek tylko jedna (8) dostrzegła przyspieszenie się wzrostu guza w ciąży; inne albo o nowotworze nic nie wiedziały, albo podają wyraźnie, że od dłuższego czasu jednostajnie szybko się powiększa. Zresztą to przyspieszenie się wzrostu dałoby się łatwo wytłomaczyć poprawą odżywiania wskutek przekrwienia, towarzyszącego ciąży a analogię tego zjawiska znachodzimy w często niezaprzeczenie szybszym wzroście włókniaków i raków macicy u ciężarnych. Że i naodwrót wydarzyć się może t. j. że torbielak rośnie prędzej po za ciążą, tego dowodzi między innymi przypadek Sellsa[10]), w którym dopiero po poronieniu rozpoczął się bardzo szybki wzrost guza.

Drugiem zboczeniem od zwykłego przebiegu torbieli jajnika ma być według Wernicha przemiana ich w nowotwory złośliwe. Aczkolwiek brak nam wszelkich podstaw, ażeby uważać hipotezę tę za nieprawdziwą, to jednak, jak słusznie oświadcza Olshausen, twierdzenie to nie jest bynajmniej udowodnione.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Charpentier. Traité pratique des accouchement II. p. 394.

[1]) Olshausen l. c.
[2]) Charpentier l. c.
[3]) Reuter l. c.
[4]) Barton Cooke Stirst Annales de gynéc. XXXVII. 1892.
[5]) Reuter l. c.
[6]) Engström l. c.
[7]) Schröder l. c.
[8]) Winckel. Lehrbuch d. Geburtshilfe 1890.
[9]) Zweifel. Lehrbuch d. Geburtshilfe 1892.
[10]) Charles J. Sells. The British medical Journal 1883 p. 1016.

III. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał
Dr. Adam Langie,
I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Wskazania pierwotnie przez Dariera podane, poprzedzone ogólną uwagą: *la thérapeutique locale est indiquée toutes les fois qu'il faut agir avec promptitude et intensité* są następujące:

1) Zapalenia sympatyczne.

9) Rany oka zakażone, świeże, dopóki jeszcze ropienie nie wtargnęło zbyt głęboko.

3) Wszelkie przypadki następowego zakażenia po urazach lub operacyach.

4) Wrzody rogówkowe: *Avec le galvanocautère et les injections sous-conjonctivales de sublimé tout ulcère infectieux de la cornée, pris à temps, sera promptement guéri, ce qui n'était pas les cas par les traitements anciens.*

5) Urazowe zapalenie tęczówki i takież zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis traumatica*).

6) Wiele bardzo cierpień dna oka jak: choroby siatkówki, naczyniówki, nerwu wzrokowego. Te ostatnie o tyle, o ile nie przyszło jeszcze do zaniku.

7) W wielu cierpieniach oka na tle ogólnem jako środek pomocniczy i wspierający dzielnie leczenie ogólne.

8) Wreszcie jako środek zapobiegawczy przed operacyą, by uniknąć zakażenia ranki[1]).

Przeciwwskazanie widzi Darier tylko tam, gdzie wessanie wstrzykniętego pod spojówkę sublimatu z jakichkolwiek powodów jest utrudnione lub niemożebne, podając przytem ogólną regułę: *si après dix injections sous-conjonctivales on n'a obtenu aucun résultat, il est le plus souvent inutile de pousser ce traitement plus loin.*

Rozpatrując prace innych autorów w tym przedmiocie, dochodzimy do przekonania, iż te wskazania Dariera muszą niektórym uledz modyfikacyom. I tak:

W przypadkach wrzodów zakażonych rogówki Abadie chwali bardzo sublimat. Już kilka wstrzyknięć wystarcza do powstrzymania sprawy; tylko w przypadkach daleko posuniętych, gdy grozi zropienie większej części lub całej rogówki, należy połączyć je z przyżeganiem.

Podobne zdanie wypowiada Gosetti co do takich przypadków, gdy wrzód nie jest zbyt rozległy, nagromadzenie się ropy w przedniej komórce (*hypopyon*) niezbyt wielkie. Jedna injekcya jest w stanie powstrzymać tu szerzenie się wrzodu, dwie wystarczają do zmniejszenia się *hypopyon* i oczyszczenia dna wrzodu, po czem zazwyczaj nie potrzeba już dalszych wstrzykiwań; poprawa, jakkolwiek zwolna, ale ciągle postępuje.

Przeciwnie w przypadkach wrzodów rozległych, lub gdy ropa wypełnia więcej, niż połowę komórki przodkowej, injekcye są bezskuteczne i uciec się trzeba do innej terapii.

[1]) Behandlung und Prophylaxe der infectiösen Processe nach Staaroperationen. Bericht über die 23. Versamml. der ophthalm. Gesell. Heidelberg 1893.

To zmniejszanie się *hypopyon* przy wrzodach zakażonych zauważyli Peunow,[1]) Secondi, Gepner (syn)[2]), który raz tylko był zmuszonym wykonać paracentezę.

Świetny wynik zapisuje także w tych przypadkach Rumszewicz[3]) u jednego chorego z *ulcus cum hypopyo*, które zajmowało nawet $^2/_3$ przodkowej komórki. Po jednem wstrzyknięciu bóle ustały, *hypopyon* zmniejszyło się a piątego dnia po dwóch dalszych wstrzyknięciach ropa ustąpiła całkiem z przodkowej komórki.

Również i w drugim przypadku (*ulcus perforans cum hypopyo*) także po trzech wstrzyknięciach zniknęła ropa z komórki. Podobnie zgodne wyniki znajdujemy w przypadkach ran zakażonych i wrzodów urazowych rogówki.

Coppezowi udało się powstrzymać w trzech przypadkach zapalenie całego oka (*panophthalmitis*) po urazie a w 2 po operacyi zaćmy.

Co do tego ostatniego punktu twierdził Darier stanowczo na posiedzeniu towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu (w Sierpniu 1893), że w początkach zakażenia ranki po operacyi zaćmy już same wstrzykiwania sublimatu mogą wystarczyć zupełnie, później należy prócz tego stosować jeszcze i inne środki, jak przypalenie ranki i punkcyę przedniej komórki.

Dufour widział także dobry skutek w dwóch przypadkach zakażenia rany pooperacyjnej. U Gepnera w jednym przypadku zakażenia rany rogówkowej już po pierwszem wstrzyknięciu zniknęło *hypopyon* a po kilku dniach ustąpił i naciek z rogówki.

Rumszewicz wspomina o przypadku wrzodu urazowego, w którym *hypopyon*, zwiększające się mimo ciepłych okładów, ustąpiło dopiero po wstrzykiwaniach sublimatu. W innym przypadku Rumszewicza zmniejszyło się *hypopyon* po jednem wstrzyknięciu, dwa zaś wystarczyły do zupełnego wyleczenia w przeciągu dni jedenastu. W innym znów przypadku (*vulnus corneae cum prolapsu iridis et hypopyo*) ustąpiła ropa z przodkowej komórki po dwóch wstrzyknięciach a tylko w trzech przypadkach nie widząc żadnej zmiany w przebiegu cierpienia uciec się musiał do keratotomii Saemischa. Widzimy więc, że pod tym względem panuje między autorami, którzy stósowali injekcye sublimatu pod spojówkę, zupełna zgodność zdań. Okazały się one skutecznemi w przypadkach zakażonych wrzodów rogówki, czy to skutkiem urazu czy w inny sposób powstałych, jako też w przypadkach zakażenia ran rogówkowych, z tem jednak zastrzeżeniem, że je stósowano w okresie, gdy wrzód i *hypopyon* były niezbyt jeszcze rozległe, jakkolwiek jeden przypadek Rumszewicza wyżej przytoczony i w tym razie zakończył się pomyślnie. Odmiennie nieco rzecz się przedstawia w rozlanem zapaleniu miąższowem rogówki (*keratitis parenchymatosa diffusa*).

Abadie np. nie widział skutku w pierwszym okresie choroby, gdy zmiany na rogówce jeszcze postępują, w okresie, w którym, sądząc z góry, powinnyby działać dobrze, *mais dans la période de déclin quand il n'y a plus qu'un reliquat pour ainsi dire indolent, on peut essayer les injections sous-*

[1]) Die subconjunctivalen Sublimatinjectionen in der Augenpraxis. Ref. w *Centralbl. f. Augenheilkunde.* Luty 1894.

[2]) O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. *Medycyna* 1893. Nr. 36, 37, 38.

[3]) O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. *Przegl. lek.* 1864. Nr. 4, 5.

jonctivales. Podkreślam to umyślnie, gdyż w jednym przypadku miałem sposobność zrobić wprost przeciwne spostrzeżenie.

Peunow chwali znów bardzo wstrzykiwania w miąższowem zapaleniu rogówki powstałem na tle kiły twierdząc, że działają tem skuteczniej, im wcześniej zacznie się je stósować. Wogóle należy on do entuzyastów co do wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, ale ten zapał jego traci bardzo na wartości, gdy zważymy, że we wszystkich swoich doświadczeniach stósował zawsze równocześnie z wstrzykiwaniami zwykłą miejscową i ogólną, danemu przypadkowi odpowiednią terapię.

Dobre wyniki widzieli też Coppez (po 5 wstrzyknięciach znaczna poprawa wzroku), Vossius i Van Moll;[1]) przeciwnie Gosetti, Gepner i Rumszewicz. Pierwszy, jakkolwiek małe ma doświadczenie, nie sądzi, aby wiele należało spodziewać się po wstrzykiwaniach w zapaleniu miąższowem. W pracy Gepnera znachodzi się ustęp: z siedmiu przypadków (*kerat. parenchym.)*, jakie spostrzegałem dotąd przez czas dłuższy, w żadnym z wyników tych nie byłem zadowolony w zupełności; widoczna była niejaka poprawa szczególniej z początku leczenia, ale w każdym razie nieznaczna. Rumszewicz zaś w trzech przypadkach leczonych wstrzykiwaniami nie dostrzegł najmniejszej różnicy w przebiegu choroby.

Rozmaite znaczenie lecznicze przypisują też różni autorowie wstrzykiwaniom w chorobach tęczówki i naczyniówki.

Darier, jak wspomniałem, uważa je za znacznie lepsze od dotychczas używanych środków w zapaleniu tęczówki tudzież zapaleniu urazowem tęczówki i ciałka rzęskowego, również w świeżych przypadkach zapalenia naczyniówki, zwłaszcza środkowego, gdzie nieraz widział polepszanie się bystrości wzroku i ustępowanie zmian wziernikowych krok za krokiem w miarę wstrzykiwań. W zastarzałych zato przypadkach potrzeba zdaniem jego większej liczby wstrzykiwań: dwudziestu, czterdziestu, nawet sześćdziesięciu, aby uzyskać małe polepszenie i to jeszcze, jeśli wstrzykiwania stósuje się naprzemian z leczeniem ogólnem.

Lagrange[2]) widział zapalenie kilakowe tęczówki *(iritis gummosa)* leczone przez dwa miesiące bez skutku wcieraniami i jodem a wyleczone po dwóch wstrzyknięciach sublimatu pod spojówkę; w przypadku zaś zapalenia tęczówki i naczyniówki (*iridochorioiditis)*, które opierało się dotychczasowemu leczeniu, osiągnął znaczne polepszenie. W jednym tylko przypadku *chorioretinitis ad maculam luteam* nie wywarł sublimat żadnego skutku.

Laqueur w kilku przypadkach chorób naczyniówki, z których niektóre zastarzałe, zauważył, jak już wspomniałem, wyraźne polepszanie się bystrości wzroku.

Van Moll dobre otrzymał wyniki w dziesięciu przypadkach zapalenia tęczówki gośćcowego (*iritis rheumatica*), w czterech zapalenia tęczówki kiłowego (ale obok leczenia ogólnego), w jednym przypadku wiewiórowego *(iritis gonorrhoica)* i w dwóch urazowego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis traumatica*).

Gepner zapisuje pomyślne wyniki w zapaleniu tęczówki samodzielnem *(iritis idiopathica*), surowiczem *(serosa)*, kilakowem *(gummosa)*, nawet w jednym przypadku ropnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis suppurativa).* Tutaj po pierwszem wstrzyknięciu zmniejszyły się objawy zapalne, po drugiem ustąpił naciek z tęczówki a dalszy przebieg przybrał charakter łagodny, uwieńczony pomyślnym w końcu rezultatem. Za to z kilkunastu przypadków zapalenia kiłowego naczyniówki (*chorioideitis syphilitica)*, w których próbował wstrzykiwań, zaledwie w kilku osiągnął nieznaczną poprawę. Z dziewięciu, przypadków myopii z następowemi zmianami w naczyniówce w jednym tylko wystąpiła znaczniejsza poprawa już po trzech injekcyach, w innych mniejsze lub większe, przynajmniej podmiotowe polepszenie, w jednym nie było rezultatu żadnego. Dobre wyniki osiągnął też w rozsianem zapaleniu naczyniówki (*chorioideitis disseminata*) Vossius.

Przeciwnie Abadie ani w *iritis* ani w *iridochoroiditis*, ostrej lub przyostrej, nawet na tle kiły, nie mogąc wstrzykiwaniami uzyskać polepszenia twierdzi: *il faut donc dans tous ces cas là s'abstenir et se contenter du traitement général.* Także w przypadkach *chorioretinitis macularis* lub *sclerochoroiditis posterior* na tle myopii zawiodły go w zupełności wstrzykiwania podspojówkowe, co przypisuje tej okoliczności, że tu przyczyna choroby jest mechaniczną a nie infekcyjną a więc odpada wpływ antyseptyczny sublimatu. Zdaniem jego jest to tak stałem w tych przypadkach, że wstrzykiwania mogą właśnie służyć za środek rozpoznawczy *ex juvantibus,* czy dane zmiany na dnie oka są tylko następstwem myopii czy innej przyczyny. W *chorioretinitis* zaś *chronica*, na tle innem, zwłaszcza ze znaczniejszemi zaćmieniami w ciałku szklanem okazały mu się wstrzykiwania nader skutecznemi, mianowicie w połączeniu z podskórnem wstrzykiwaniem sublimatu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Wicherkiewicz: **Wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniu sympatycznem oka.**

W. opisuje dwa przypadki zapalenia sympatycznego oka, których wyleczenie zawdzięcza injekcyom podspojówkowym sublimatu: W pięć lat po zranieniu oka lewego wystąpiły u robotnika kolejowego objawy typowej *neuroretinitis sympat.* oka drugiego, ze znacznem upośledzeniem bystrości wzroku i koncentrycznem ścieśnieniem pola widzenia. Oko zranione wyłuszczono a nazajutrz wstrzyknięto pod spojówkę oka dotkniętego zapaleniem sympatycznem 2 przedziałki strzykawki Pravaza roztworu sublimatu 1 : 1000. Po trzech injekcyach polepszył się wzrok tak, że dalej środka tego nie stósowano a po dwóch tygodniach chory opuścił zakład z prawidłową bystrością wzroku (V = $^6/_6$); przedmiotowo prócz rozszerzenia kilku naczyń nie można było dostrzedz żadnego śladu przebytego zapalenia. W. odnosi to znakomite polepszenie przeważnie do injekcyj sublimatu, bo to cierpienie ustępuje i po wyłuszczeniu gałki oka pierwotnie chorego, jednakże nie tak szybko, jak w tym razie.

W drugim przypadku miał W. do czynienia z *iridocyclitis traumatica* i również wyłuszczył gałkę zajętą, lecz mimo to w trzy tygodnie później rozwinęła się na oku drugiem *iridocyclitis serosa sympathica.* Ponieważ mimo leczenia zwykłego nie było polepszenia, zastósowano injekcye sublimatu podspojówkowe, pierwotnie co dzień, później co drugi dzień; po pierwszych siedmiu wstrzyknięciach nie zaznaczono polepszenia, dopiero później wzrok polepszył się z V = $^6/_{30}$ na V = $^6/_9$. Ogółem zrobiono 20 injekcyj, po których chory opuścił klinikę z bystrością (V = $^6/_6$) prawidłową. Gepner twierdzi, że jeśli po 2 — 3 injekcyach nie nastąpi polepsze-

[1]) *Klinische Monatsbl. f. Augenh.* October 1892.
[2]) Recueil d'opht. 1892.

nie, to środek ten nie powinien być dalej stosowany. W. zaś zgadza się na to twierdzenie tylko co do powierzchownych zapaleń oka, n. p. ropnych zapaleń rogówki albo ostrych zapaleń tęczówki. Jeśli zaś głębsze części gałki są zajęte, trzeba cierpliwie dalej środek ten stosować. W. używa rozczynu 1 : 1000. Jeśli terapia skierowana jest przeciw głębszym cierpieniom oka, W. robi injekcye do pochewki Tenona. U osób wrażliwych używa rozczynu 1 : 5000 i robi injekcye w tkankę oczodołową, ale w ilości większej, n. p. $\frac{1}{4}$ część strzykawki Pravaza, podczas gdy zwykle wstrzykuje 1 — 2 — 3 podziałki strzykawki gramowej, na 20 części podzielonej. (*Nowiny lekarskie* 2. 1894.)

Dr. Brudzewski.

Choroby zakaźne.

Straus: O lasecznikach gruźliczych w jamach nosowych człowieka zdrowego.

Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej, odbytem w dniu 3. b. m. zdał autor sprawę ze swych poszukiwań nad obecnością laseczników gruźliczych w nozdrzach osób zdrowych, uczęszczających do izb zamieszkanych przez suchotników. Poszukiwania te robił autor na infirmarzach i infirmarkach szpitalnych, na chorych nie mających gruźlicy a przebywających już dosyć długo w szpitalu, wreszcie na praktykantach szpitalnych. Tak infirmarze jak i lekarze byli zupełnie zdrowi i nie było u nich nawet podejrzenia o gruźlicę.

Zebrany z wszelkiemi ostrożnościami pył, strupy i śluz z nosa owych osób dawał autor do bulionu wyjałowionego lub wody również wyjałowionej i mętny płyn w ten sposób otrzymany wstrzykiwał do otrzewny świnek morskich. Z 29 zwierząt szczepionych w ten sposób treścią nozdrzy równej liczby osób zginęło 7 zaraz w pierwszych dniach na septycemią lub ropne zapalenie otrzewny, 13 nie okazywało żadnych zboczeń chorobowych a u 9 wykazano po 3 do 5 tygodniach po zabiciu lub śmierci naturalnej niewątpliwe zmiany gruźlicze, biorące swój początek z otrzewny.

W ten sposób z 29 osób zdrowych lub przynajmniej nie okazujących żadnego znaku gruźlicy a przebywających krócej lub dłużej w salach szpitalnych wykazano u 9, t. j. prawie u 3-ciej części obecność żywych laseczników gruźliczych. Z tych 9 osób było 6 infirmarzy szpitalnych, jeden chory na zboczenie nie mające nic wspólnego z gruźlicą i 2 (z ogólnej liczby 7) lekarzy, praktykantów szpitalnych.

To spostrzeżenie autora przypominające znane badania Villemina, Kocha i Corneta, według których plwociny suchotników są głównymi rozsadnikami gruźlicy, dowodzą, że laseczniki gruźlicze nie tylko znajdują się w izbach zajmowanych przez chorych na gruźlicę, lecz że dostają się i przebywają zachowując swą jadowitość w pełni w nozdrzach osób całkiem zdrowych, znajdujących się krócej lub dłużej w towarzystwie suchotników.

To odkrycie jest bardzo ważne, bo dowodzi naprzód, jak wiele zarodków gruźliczych unosi się w atmosferze, w której są suchotnicy, powtóre zaś pokazuje, że przez wdychanie odbywa się infekcya gruźlicza u człowieka i że pierwszym etapem choroby są drogi oddechowe.

Autor zamyśla rozszerzyć swe badania do osób rozmaitych zajęć i zawodów, osób nie mających ciągłej styczności ze suchotnikami. (*La semaine médicale* 4. Lipca 1894).

R.

Psychiatrya.

Magnan: Psychozy w przebiegu przewłocznego zatrucia kokainą.

Na podstawie trzech wzorowych przypadków przewłocznego zatrucia kokainą, wśród którego pojawiły się zboczenia umysłowe, zastanawia się autor nad psychozą kokainową. Cechuje się ona halucynacyami czucia i dotyku. Chorym wydaje się, że pod skórą, na języku i t. d. znajdują się robaki, lub że kokaina wydziela się w tych miejscach w postaci kryształków. Szukając tych robaków i t. d., aby się uwolnić od dolegliwości wrzekomo przez nie wywołanych, chorzy drapią i kaleczą swe ciało. Do tych halucynacyi dołączają się z czasem inne, jak halucynacye wzroku, słuchu i powonienia, które chociaż występują czasem w wielkiej liczbie, nie podniecają jednak chorego tak, jak to bywa w przypadkach psychóz po zatruciu alkoholem lub absyntem. Morfina wywołuje rzadko halucynacye a to tylko u ludzi ze znacznem obciążeniem dziedzicznem.

Prócz halucynacyj spostrzegał autor u ludzi nadużywających kokainy, zniesienie czucia bólu w pewnych częściach ciała i napady toksycznej epilepsyi, która ustawała z chwilą odjęcia choremu kokainy.

Jako cechę dyagnostyczną dla przewłocznego zatrucia kokainą podaje autor halucynacye czucia i dotyku. *(Psychiatr. Vorlesungen von V. Magnan. Deutsch von Möbius VI.* 2. Leipzig 1893). *Wachholz.*

Medycyna sądowa.

Kratter: O śmierci z rażenia prądem elektrycznym.

Nawiązując do odpowiedniego przypadku, jaki się zdarzył w Inspruku, przedstawił K. na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Rzymie wyniki swych doświadczeń na zwierzętach, celem zbadania przyczyn śmierci z rażenia prądem elektrycznym. Robotnik zajęty w stacyi elektrycznej dotknął się wskutek nieostrożności palcem wskazującym lewym metalowego połączenia współśrodkowych kablów przewodzących prąd pierwszorzędny, plecami zaś oparł się o dobry przewodnik elektryczności, mianowicie o sztabę żelazną. Prąd o natężeniu 1600—2000 Wolt przeszył go niemal na wskróś. Przy sekcyi znaleziono obrzęk obustronny płuc wywołany porażeniem serca. To tłómaczyło się zmianami znalezionemi w postaci znacznych wybroczyn wzdłuż stosu kręgowego, w pochewkach nerwów błędnych i na przeponie w miejscu, w którem o nią opiera się serce.

Powstanie tych wybroczyn w wymienionych miejscach tłómaczy K. tem, iż prąd przeskakując z chrząstki pośredniej, położonej między trzonami kręgów, na kość trzonu kręgowego, zatem z jednego ciała na drugie o różnej zdolności przewodzenia, przerywa się, tem samem powiększa swą siłę i swój skutek. Na tej samej zasadzie tłómaczy K. zmiany w postaci rany oparzelinowej na lewym palcu wskazującym, przez który prąd wniknął i rozległy przeczos na skórze pleców w miejscu, w którym prąd opuścił ciało. Na uwagę zasługuje jeszcze spostrzeżenie, iż stężenie pośmiertne było w tym przypadku nadzwyczaj mocne.

Wyniki doświadczeń na zwierzętach wykonanych przez autora, są następujące:

Najczęściej ustaje po rażeniu prądem oddechanie, mimo, iż zwierzę żyje; ginie ono dopiero następowo wskutek uduszenia, czasem jednak oddech wraca i zwierzę jest ocalone. Nawet prądy o natężeniu 1500—2000 Wolt nie zawsze pozbawiały zwierzę życia. Zdaje się, iż prąd zabija tem niepewniej zwierzęta, których mózg jest niżej ustrojony i mniej rozwinięty; tem należy też wytłómaczyć sobie, iż gdy prąd o znacznem natężeniu człowieka zabija natychmiast, królika nie pozbawi życia nawet wtedy, jeśli elektrody zbliży się mu do czaszki. W niektórych doświadczeniach śmierć następowała natychmiast przez ustanie czynności serca w drodze odruchowej (*shock*); ani razu nie powiodło się autorowi sprowadzić śmierci zwierzęcia przez wolne osłabienie serca; to też nie znalazł nigdy przy sekcyi zwierząt obrzęku płuc a więc zmiany wykazanej przy sekcyi owego robotnika. Czasem widział K. mechaniczne obrażenia, jak n. p. przerwanie naczyń krwionośnych opon mózgowych z następowemi krwiakami podoponowemi i międzyoponowemi; wówczas ginęły zwierzęta po upływie kilku godzin w skutek ucisku mózgu.

Rozpoznanie anatomiczne śmierci z rażenia prądem elektrycznym opiera się na wykazaniu właściwych śladów oparzenia w miejscach wejścia i wyjścia prądu i wynaczy-

nień krwi oznaczających drogę, którą prąd obrał sobie w ciele. Wybroczyny te czasem znajdują się jako włosowate w pochewkach naczyń krwionośnych. (*Wiener klin. Wochenschrft.* Nr. 21. 1894). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

— L. Lewin: O poprawianiu smaku leków i o saturacyach. Najstalszą częścią każdej recepty jest przyprawa (*corrigens*), to jest substancya mająca poprawić zły smak leku. Zapytać się przeto wypada, czy syropy słodkie rzeczywiście poprawiają smak leków? Na to pytanie odpowiedzieć trzeba, że dzieje się to nader rzadko. Zazwyczaj bywa nawet przeciwnie, t. j. zły smak jeszcze się pogarsza, natomiast lek staje się przez dodanie syropu znacznie droższym a nadto i gorszym, jeżeli się zważy, iż wiele syropów mimo największej staranności jest, osobliwie w lecie zepsutych i rozłożonych, czemu aptekarze zaradzają albo przez gotowanie częste albo przez dodanie kwasu salicylowego, co znowu nie może być w żadnym razie rzeczą obojętną. W ten sposób syrop nie tylko, że smaku nie poprawia, ale nawet staje się składnikiem nieraz dla żołądka wprost szkodliwym.

Że substancyj tak nadzwyczaj słodkich jak sacharyna i dulcyna, ale zarazem i we właściwy sobie sposób mocno działających do poprawy smaku leków użyć nie można, rzecz oczywista.

Natomiast nie ulega wątpliwości, że olejki aromatyczne i takież wody, poprawiają do pewnego przynajmniej stopnia smak leku a mianowicie pierwsze proszków, drugie płynów. Z olejków aromatycznych zaleca się przeto jedynie olejek mięty pieprzowej (*oleum menthae piperitae*), z wód zaś aromatycznych jedynie woda miętowa (*aqua menthae piperitae*); baczyć wszakże należy, by te przetwory były dobre, niepodrobione, t. j. żeby olejek zawierał w sobie mentol a woda miętowa była sporządzona według przepisu farmakopei, t. j. przez przepędzenie (destylacyę) liści mięty pieprzowej z wodą.

Wobec tego wszystkiego wolno się zapytać, czy nie ma przecież jakichś substancyj zdolnych rzeczywiście poprawić smak leków, t. j. znieść zupełnie smak ich nieprzyjemny a w ich miejsce dać inny, przyjemniejszy? Otóż takie substancye są a wykryto je w roślinach strefy zwrotnikowej i podzwrotnikowej.

Owoce rośliny sudańskiej *bumelia dulcifica* przemieniają smak gorzki a nawet i kwaśny w słodki. Substancya śluzowata, która stanowi łożysko dla nasion tej rośliny uprawianej w Sierra Leone na wybrzeżu zachodniem Afryki, jest smaku tak słodkiego, iż on gubi wszelkie inne uczucie smaku.

Gymnena silvestre, roślina wijąca się Indyj Wschodnich i Afryki, w sztuce lekarskiej Hindusów oddawna wielką odgrywająca rolę, odznacza się tem, iż znosi czyli jakoby poraża uczucie słodyczy i goryczy. Po zżuciu jednego lub dwóch liści nie czuć na języku cukru, imbier sprawia tylko kłucie a po słodkiej pomarańczy zostaje jedynie smak kwasu. Również nie czuć na języku goryczy chininy. Po jednej lub dwóch godzinach dopiero wraca zmysł smaku.

To osobliwe działanie zawdzięcza *gymnena silvestre* właściwemu kwasowi, stanowiącemu proszek szaro cisawy, w 1% w wodzie a w wyskoku łatwo rozpuszczający się, o smaku cierpkim, kwaskowatym a nieskuteczny całkiem na smak słony, cierpki i kwaśny. Wypłukanie sobie ust roztworem 1% kwasu tego, nieco wyskoku zawierającym, znosi zupełnie zdolność uczuwania goryczy.

W podobny zapewne sposób działa *eriodictyon glutinosum Benth.* w postaci liści, wyciągu płynnego lub właściwego składnika skutecznego, tak zwanego kwasu eryodyktyoninowego, po użyciu którego na język traci się całkiem smak goryczy nawet chininy!

Otóż to są substancye naprawdę smak leków poprawiające, któremi powinnyby się zająć fabryki chemiczne, ale nie syropy nie mające żadnego znaczenia pod tym względem.

Saturacye, dopiero w 18. wieku do terapii wprowadzone, są to płyny, w których węglany rozłożono za pomocą jakiegoś kwasu organicznego. Najwięcej używa się z nich napitku Rywera (*potio Riveri*), t. j. saturacyi z węglanu sodowego i kwasu cytrynowego.

Po co właściwie przepisuje się te saturacye, nie wiadomo. Jeżeli bowiem chodzi o połączenie kwasów organicznych z zasadami nieorganicznemi, n. p. o octan potasowy, to najlepiej wprost przepisać to połączenie; jeżeli zaś chodzi o kwas węglowy, to najlepiej i najtaniej przepisać choremu wodę selterską lub inną jaką podobną. Jeżeliby zaś zależało nie na wolnym, ale na rozpuszczonym w wodzie kwasie węglowym, — to niech chory pije wystałą nieco wodę selterską. Gdy zaś trzeba coś zapisać tylko, *ut aliquid fiat* lub *ut aliquid fieri videatur* lub wreszcie *ut aliquid habeat*, to i na to są sposoby o wiele prostsze, tańsze a dla chorych stokroć przyjemniejsze, niż mdłe saturacye.

Wielki już czas zapatrywać się krytycznie na formy leków i zatrzymując to, co jest dobre, pozbywać się rzeczy niepotrzebnych lub dających się zastąpić lepszemi. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 9. Lipca 1894).

— O działaniu rozmaitych sposobów leczenia rtęcią. Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej, odbytem w dniu 18. Czerwca b. r., toczyły się nad działaniem rozmaitych sposobów używania leczniczego rtęci żywe rozprawy, z których wyjmujemy, co następuje:

Fürbringer zwracając uwagę na poszukiwania Cornila, Virchowa, Kaufmanna, Sängera i innych, z których wypada, że w rtęcicy występuje rozlane zapalenie nerek ze zupełnem prawie zniszczeniem przybłonka i naciekiem znaczną ilością wapna, przekonał się, że ze 100 kiłowych poddanych leczeniu rtęcią a przed tem leczeniem nie mających nic białka w moczu, u 8 pokazuje się białkomocz i to bez względu na sposób zadawania rtęci. Ten białkomocz, który zdaje się, że nie ma związku z ilością wessanej przez ustrój rtęci, łączy się z oddawaniem wałeczków szklistych i komórek okrągłych, coby wskazywało na *glomerulonephritis*. Ta zmiana anatomiczna w nerkach ma jednak przebieg zwykle pomyślny, nawet w przypadkach leczonych długo i wielkiemi dawkami rtęci.

Według G. Meyera znany sposób używania rtęci w kile podany przez Welandera (ob. Nr. 11. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1893) a polegający na prostem pomazywaniu szaruchą bez wcierań jest bardzo skuteczny, nawet skuteczniejszy od wcierań, nad któremi tę ma jeszcze zaletę, iż go można użyć u osób nawet ze skórą bardzo drażliwą. Po zastósowaniu sposobu polecanego przez Sterna a zasadzającego się na wcieraniu co 8 dni po 8 do 10 gramów szaruchy, nie widział M. nigdy zapalenia jamy ustnej.

Fraenkel jest zdania, iż wpływ rtęci na nerki nasuwa pytanie bardzo ważne i praktyczne, czy można zadawać bezkarnie kalomel, jako środek moczopędny u chorych, cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek. Otóż F. przekonał się, że kalomel zadawany w takich przypadkach nie tylko powiększał wydzielanie się moczu, nie wpływając szkodliwie na nerki, ale że nawet dawki znaczne tego leku, których potrzeba do działania moczopędnego i które zarazem przeczyszczają, nie wywołują tak łatwo i tak znacznej rtęcicy, jaką widzi się podczas leczenia rtęcią kiły.

Mankiewicz oświadcza, iż według jego spostrzeżeń białkomocz pojawia się przedewszystkiem u tych kiłowych, którzy nadużywali chloranu potasowego (*kali chloricum*) i przytacza przypadek chorego, który w trzech dniach zmarł na ostre zapalenie krwotoczne nerek a używał pomazywania roztworem chloranu potasowego na proste zapalenie gardła.

Według Littena działanie moczopędne kalomelu w zapaleniu nerek zależy od ilości miąższu zdrowego w chorych nerkach. Jeżeli największa część miąższu jest schorzała, chorzy nie znoszą kalomelu a ilość moczu nie powiększa się. Przeciwnie bywa w chorobach nerek następowych, n. p. w przebiegu wad serca; w nich działa kalomel bardzo energicznie moczopędnie i usuwa puchlinę.

Blaschko zwraca uwagę na poszukiwania Petersena w Petersburgu, oparte na bardzo znacznej liczbie przypadków, z których wypada, że białko w moczu występuje przelotnie u 27% a utrzymuje się jakiś czas u 10% kiłowych leczonych rtęcią. Na 634 wstrzykiwań podskórnych salicylanu rtęciowego widział Petersen tylko 5 razy a zatem w 0·8% ślady białka w moczu. Spostrzeżenia te dowodzą nieszkodliwości rtęci jako środka leczniczego w kile i uprawniają do używania dawek dużych w przypadkach ciężkich, jak w kile układu nerwowego, narządu wzrokowego, trzew, w których tylko dawki wielkie mogą przynieść skutek pożądany.

A. Baginsky widział często nadzwyczaj pomyślne skutki w kile wrodzonej u dzieci z bardzo małych dawek sublimatu i podaje, iż w czasie stósunkowo krótkim ustępowały objawy kiły dziedzicznej tak ciężkie, jak porażenia i zapalenia okostny po użyciu wyłącznem kąpieli z 0·50 sublimatu.

Gerhardt oświadcza, iż jest zwolennikiem dawnego już zdania, według którego wcierania szaruchy działają nie tyle przez wessanie przez skórę, ile raczej przez wdychanie par rtęciowych, i dlatego uważa za rzecz obojętną, czy używa się zwykłych wcierań szaruchy, czy też pomazywania zaleconego przez Welandera a na poparcie tego przytacza przypadek, w którym chory z objawami drugorzędnej kiły nie dostał żadnego przetworu rtęci a miał ślady rtęci w moczu, stolce czarniawe i wyzdrowiał zupełnie, przebywając w pokoju małym, w którym zawieszono ręcznik codziennie szaruchą pomazywany, którego chory nawet się nie dotknął.

G. Lewin mimo systematycznego badania moczu nie widział nigdy białka w moczu nawet po wstrzykiwaniu dużych dawek sublimatu; zdaniem jego białko w moczu pojawia się tylko po użyciu nierozpuszczalnych przetworów rtęciowych w dawce znacznej np. po 10 centygramów i to skutkiem wessania naraz takiej ilości. Chorzy jego leczeni wstrzykiwaniami podskórnemi sublimatu nie dostają nigdy zapalenia jamy ustnej; skoro tylko widać nabrzmienie dziąseł z pewnem uczuciem niedogody podczas żucia, wstrzymuje się wstrzykiwania i tuszuje dziąsła słabym rozczynem azotanu srebrowego. L. nie przypuszcza, by wessanie chloranu potasowego użytego do płukania jamy ustnej mogło wystarczyć do wywołania zapalenia nerek.

— E. Brucker: O stałości rozczynów wodnych sublimatu. Autor badał stałość rozczynów sublimatu w zwykłej wodzie studziennej i w wodzie destylowanej. Z badań tych wypada:

1) Że w zwykłych wodach studziennych, zawierających, jak wiadomo, rozmaite połączenia organiczne i nieorganiczne rozkłada się rychło rozczyn sublimatu a rozkład postępuje dalej pod wpływem światła, powietrza i tak składników już w wodzie znajdujących się, jak i dostałych się do niej z powietrza.

2) Rozkład ten wstrzymuje się lub staje się nieznacznym po usunięciu wpływu światła i powietrza.

3) Rozczyny sublimatu w wodzie destylowanej rozkładają się tylko nieznacznie nawet, jeżeli wystawia się je na działanie światła i powietrza. (*Les Nouveaux Remèdes* 8. Lipca 1894).

— F. Vulliet: O leczeniu nieoperacyjnych przypadków raka macicy zapomocą wstrzykiwań wyskoku bezwodnego. Autor, profesor polikliniki ginekologicznej i położniczej w Genewie, używa już od roku 1891. z dobrym skutkiem wstrzykiwania wyskoku bezwodnego (*alcohol absolutus*) do raka macicy, jeżeli rak tak się rozszerzył, że niepodobna go całkiem usunąć zapomocą histerektomii, jeżeli po histerektomii są podejrzane nacieki, jeżeli po operacyi pojawił się nawrót czyli recydywa lub jeżeli przypadek jest o raka tylko podejrzany.

Sposób operacyjny podany przez autora rozpoczyna się od przemycia pochwy, szyjki macicznej i powierzchni nowotworu rozczynem naprzód sody a następnie 1% sublimatu. Po starannem obsuszeniu watą części zwilżonych i ułożeniu pacyentki w położeniu kolankowo-piersiowem wprowadza się do pochwy wziernik i przezeń robi wstrzykiwania, do czego potrzeba trzech lub czterech strzykawek Pravazowskich napełnionych wyskokiem bezwodnym. Najpierw wstrzykuje się w środek nowotworu. Jeżeli rak jest miękki, trzeba igłę wbić aż do tej głębokości, w której czuje się opór. Jeżeli po ukłuciu pokaże się mały krwotok, czeka się, dopóki nie ustanie i dopiero wtedy wstrzykuje. Na raz wstrzykuje się tylko po 3 do 7 kropel i zostawia strzykawkę na miejscu, poczem wyjmuje się pierwszą strzykawkę, wbija ją w inne miejsce nowotworu i znów zostawia na miejscu. W ten sposób za jednem posiedzeniem robi się od 9 do 12 wstrzykiwań idąc od środka ku obwodowi nowotworu. Ostatnie wstrzykiwania robić należy naokoło nowotworu, w części przynajmniej na pozór zdrowe.

Chore w ogólności wstrzykiwania te znoszą dobrze i mogą po nich odrazu udać się z powrotem do domu. U kobiet bardzo bojaźliwych lub osłabionych trzeba robić na raz jedno tylko lub dwa wstrzykiwania lub robić je przy pomocy chloroformu.

Działanie terapeutyczne wstrzykiwań, o których mowa, polega na zmniejszaniu się i stwardnianiu nowotworu, zabliźnieniu się wrzodów i ustąpieniu całkowicie lub częściowo odchodów cuchnących i krwotoków. W ten sposób wstrzymuje się rozwój nowotworu i przedłuża życie chorym. Jestto zapewne skutek miejscowej niedokrewności wywołanej przez wstrzykiwania. W ten sposób wstrzykiwania wyskoku mają wyższość nad wyskrobywaniem (*curettage*), ścieńczającem nadto ściany macicy i pochwy. W niektórych przypadkach, mianowicie, gdy powierzchnia nowotworu pokryta jest naroślami gąbczastemi, można połączyć wstrzykiwania ze skrobaniem a następnie wypaleniem powierzchni krwawiącej chlorkiem cynku lub termokauterem.

— Nadmanganezan potasowy jako odtrutka przeciw morfinie. Trzy przypadki zatrucia makowcem postrzegane w Stanach Zjednoczonych przez E. Gregga, G. Morelanda i W. Kniga przemawiają za twierdzeniem Moora (por. *Przegląd lekarski* Nr. 12. z r. b.), iż nadmanganezan potasowy jest dzielną odtrutką przeciw morfinie. W jednym z nich chory zażył 75 gramów nastoju makowca, w $3^1/_2$ godziny potem wstrzyknięto mu pod skórę 8 gramów 5% rozczynu nadmanganezanu potasowego, przepłukano żołądek, dano kawę i wzniecono sztuczne oddychanie. Ponieważ stan nie poprawił się, wstrzyknięto mu podskórnie w odstępie 15 minut dwa razy po $^1/_2$ miligrama atropiny, jednak bez skutku. Zrobiono mu więc co 15 do 30 minut jeszcze 5 nowych wstrzykiwań podskórnych po 8 gramów wymienionego rozczynu nadmanganezanu potasowego i uratowano życie. W dwu innych przypadkach otrucie nastąpiło po zażyciu znacznie mniejszej ilości makowca.

— Przeciwko atonii żołądka tak pospolitej u suchotników zaleca Dettweiler:

85)	Rp.	*Acidi muriatici*	
		Pepsini germanici	
		aa	*1·00*
		Chinini muriatici	*0·10*
		Aquae destil.	*190.00*
		Syr. cort. aurantiorum	*20·00*

MDS. Co 3 godziny zażywać po łyżce stołowej.

— W trądziku pospolitym (*acne vulgaris*) zaleca się obmywanie płynem:

86)	Rp.	*Sulfuris sublimati*	*45·00*
		Spir. camphorati	*120·00*
		Aquae destil.	*8·00*

— Od leczenia nawet małych cierpień nie powinien usuwać się lekarz, osobliwie, jeżeli dobrą radą może ochronić swych pacyentów od kroków nieraz bardzo niebezpiecznych. W tej mierze do usuwania odcisków zaleca się przepis podany pierwotnie przez Morrisona:

87)	Rp.	*Mercurii sublimat corr.*	*0·30*
		Acidi salicylici	*4·00*
		Collodii	*30·00*

Płynem tym pomazuje się codziennie odcisk oddzieliwszy przedtem strup powierzchowny, powstały z poprzedniego pomazania. To leczenie tak zmiękcza odciski, iż je można oddalić bardzo łatwo, poczem opatruje się przeciwgnilnie małą rankę po usunieniu odciska pozostałą. (*La médecine moderne.* 14. Lipca 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 2. Maja 1894 r.
(w sali wykładowej chemii ogólnej).

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 62.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący przedstawił obecnych na posiedzeniu gości: Dra Singera z Krakowa i Dra Głuchowskiego z Rabki.

3) Kol. Jaworski miał zapowiedziany wykład o prześwietlaniu jam ustroju z demonstracyami na chorych z kliniki prof. Korczyńskiego.

Przed laty dziesięciu okazywał prof. Mikulicz w naszem Towarzystwie przyrząd zwany wziernikiem żołądkowym (gastroskopem), składający się z lampki elektrycznej i zwierciadełek umieszczonych w rurze metalowej. Za pomocą tego przyrządu można było widzieć ograniczone miejsca błony śluzowej żołądka. Sposób badania, który zamierzam teraz przedstawić, jest od wziernikowania zupełnie różny, gdyż pośredni. Podaje on bowiem tylko rzuty niektórych narządów na powłoki zewnętrzne w postaci ograniczonego światła, podobnego do żaru czerwonego. Pomysł prześwietlania żołądka powstał już wtedy, gdy Voltolini prześwietlił jamę ustną i krtań i użył tego sposobu badania do rozpoznawania otoku ropnego (*empyema*) jamy Highmora. Pierwszy prześwietlił żołądek na człowieku Maksymilian Einhorn w Nowym Jorku w r. 1889, poczem sprawa na parę lat ucichła, aż dopiero nasi koledzy warszawscy Heryng i Reichman tą sprawą zajęli się szczegółowo i ogłosili w r. 1892 swoje w tej mierze doświadczenia; przeszłego roku zaś przedstawił L. Kutner w Towarzystwie lekarskiem berlińskiem rezultaty prześwietlania żołądka na 72 osobach żywych i 15 zwłokach.

Przyrząd, którego ja tu używam do prześwietlania żołądka, jest to zwykły, miękki zgłębnik żołądkowy, na którego końcu znajduje się lampka Edisona o napięciu 8 wolt. Lampka łączy się za pośrednictwem ukrytych drutów z akumulatorami nabitymi za pomocą machiny dynamoelektrycznej. Na lampkę ścieka od górnego końca zgłębnika prąd wody zimnej w celu jej chłodzenia. Cały ten przyrząd zwany diafanoskopem wprowadza się do żołądka zupełnie tak, jak zwykły zgłębnik miękki.

Naprzód okażę, jak wygląda prześwietlona jama ustna a względnie policzki i sąsiednie części kostne. (Demonstracya). Teraz wprowadzę diafanoskop do żołądka. (Demonstracya). Tu przedstawia się rzut dolnej części żołądka na powłokach brzusznych. Po prawej stronie widzimy dokładnie zarysowany dolny brzeg wątroby; na dole uwydatnia się cała krzywizna duża sięgając nawet nieco poniżej pępka; ku górze gubi się prześwietlony obszar półksiężycowy Traubego, przyczem międzyżebrza więcej się okazują prześwietlone, niż żebra. Oprócz tego widzimy na dwa palce szeroką smugę, która odpowiada położeniu lewego mięśnia prostego brzusznego a ostatecznie siecie naczyniowe, jakby nastrzykane.

W przypadku tym wlano litr wody do żołądka przed wprowadzeniem diafanoskopu.

U następnej osoby wprowadzę przyrząd do próżnego żołądka bez użycia wody. (Demonstracya). Tu widzimy tylko miejsca ograniczone, czerwono przeświecające, które zmieniają się w miarę, jak przyrząd podwyższam lub obniżam.

W dalszym przypadku wprowadzę wprzód powietrze do żołądka; by go rozdąć, podaję znany proszek burzący. (Demonstracya). Tu odgraniczenia nie okazują się tak wybitnie, jak za użyciem wody; natomiast obszar półksiężycowy Traubego przedstawia się teraz wyraźniej a całe dno żołądka daje się lepiej uwidocznić, niż za użyciem wody.

Jeszcze jednego przypadku użyję w tym celu, aby z jednej strony przedstawić rozszerzanie się żołądka przez stopniowe doprowadzanie wody, z drugiej wpływ przesuwania diafanoskopu w żołądku. Tu więc wprowadzę przyrząd do próżnego żołądka i powoli wpuszczać będę wodę przez zgłębnik. (Demonstracya). Okazuje się z tego przypadku, że przy pomocy wody dają się rozmiary żołądka prześwietlić najwyraźniej.

Ostatni przypadek zainteresuje może z tego powodu, że go już tu dwa razy przedstawiono. Jest to kobieta, u której prof. Rydygier wykonał gastroenterostomię, gdyż guza z powodu zrostów nie mógł wyłuszczyć. (Demonstracya).

Z tego, co dotąd ogłoszono o prześwietlaniu żołądka i z tego, co tu widzieliśmy, musimy nabrać przekonania, że prześwietlanie żołądka jest sposobem dyagnostycznym, mającym pewne znaczenie. W każdym razie przedstawia się ono czemś więcej, niż „elegancką zabawką“.

a) Już Heryng i Reichman dostrzegli, że dolny brzeg wątroby da się dokładniej oznaczyć przez prześwietlanie, niż za pomocą dotychczasowych sposobów badania fizycznego. Ja zaś sądzę, że najważniejsze usługi może tu oddać prześwietlenie w przypadkach, w których brzegi wątroby przedstawiają nierówności z przyczyny guzów, albo jeżeli brzeg wątroby jest mocno ścieńczały, jak w marskości zanikowej.

b) Dolna granica żołądka rysuje się podczas prześwietlania wyraźnie i można ją też oznaczyć dokładniej, niż wypukiem, zwłaszcza jeżeli zważymy, że prześwietlamy w postawie stojącej, najodpowiedniejszej dla naturalnego położenia żołądka, opukiwanie zaś lub wywołanie pluskania najdogodniejsze jest w pozycyi leżącej. Zwykle też oznaczamy dotychczasowymi sposobami granicę żołądka nieco wyżej, niż za pomocą prześwietlania. Należy jednak według L. Kutnera mieć się na baczności, aby przytykające do żołądka jelita nie brać za przynależne do niego, gdyż podczas wydęcia mogą być i one równocześnie prześwietlone.

Nasuwa się jeszcze jedna uwaga co do dolnej granicy żołądka. Piorry a zwłaszcza Rosenbach kładą na to szczególny nacisk, że napięcie prawidłowego żołądka różni się tem od niedowładnego (atonicznego), że przez wlewanie coraz większych ilości płynu do żołądka prawidłowego jego granica dolna poniżej pępka obniżyć się nie daje, do czego jednak łatwo przychodzi w niedowładzie; ja zaś widziałem w przypadkach przez siebie prześwietlanych, że dolna granica żołądka po wlaniu $^1/_2$—1 litra wody obniżała się zawsze poniżej pępka.

Muszę jeszcze zwrócić na to uwagę, że żołądek, swą krzywizną małą do przepony przylegający za ruchami oddechowymi obniża się ku dołowi, mniej wszakże niż wątroba. Do niedawna jeszcze uważali klinicy za pewnik rozpoznawczy, że guzy żołądka nie szły za ruchami oddechowymi.

c) Prześwietlanie żołądka jest najpewniejszym środkiem odróżnienia zwiśnięcia żołądka (*gastroptosis*) od rozstrzeni, na co już M. Einhorn szczegółowo zwrócił uwagę. Gdy w rozstrzeni żołądka wcale nie możemy prześwietlić krzywizny małej, gdyż pokrywa ją wątroba, to w wybitnej *gastroptosis* widać ją prześwietloną w dołku podsercowym. A również ważnym jest objaw, na który L. Kutner zwrócił uwagę, że w przypadkach gastroptozy dolna granica żołądka nie obniża się wcale za ruchami oddechowymi, jak to widzieć można w rozstrzeni.

d) Guzy na przedniej ścianie żołądka stanowią zgrubienia, które podczas prześwietlania przedstawiają miejsca mniej lub więcej ściemnione na tle jaśniejszem. Tak samo rysują się i guzy otrzewnej lub sieci znajdujące się w obszarze prześwietlonym żołądka. Możemy przeto uwidocznić guzy w żołądku lub nad żołądkiem za pomocą prześwietlania, coby było pożądanem w celach operacyjnych, lecz w tej mierze są pewne a ważne zastrzeżenia. I tak podaje L. Kutner, że dopiero zgrubienia ściany żołądka wynoszące 1·5 cm. dają widoczne ściemnienia. Nadto wiemy z doświadczenia, że największa liczba guzów żołądka sadowi się w części odźwiernikowej, której nie można prześwietlić.

e) Co się dotyczy prześwietlania półksiężycowego obszaru Traubego, to jest ono o wiele mniej wyraźne, niż prześwietlanie dolnej granicy. Natomiast dobrze można oznaczyć przedni brzeg powiększonej śledziony; w tym wszakże razie i nasze dotychczasowe sposoby badania śledziony dają również ścisłe wyniki. (Sprawozdanie własne).

4) Kol. Szymonowicz zastanowił się pokrótce nad budową histologiczną zębów i przedstawił szereg preparatów mikroskopowych, pięknie zabarwionych sposobem Zimmermanna.

5) Kol. Korczyński Ludomił miał odczyt p. t.: Przyczynek do etyologii wad sercowych, który ukaże się w całości w *Przeglądzie lek.*

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Jedną z cech ważniejszych Zjazdu rzymskiego stanowiła mnogość posiedzeń ogólnych, cecha niewątpliwie korzystna, którą położyć należy na szali „uczynków dobrych“ Zjazdu. Nie da się zaprzeczyć, że w ogólnej sumie wartości naukowej Zjazdów posiedzenia ogólne mają i powinny zajmować jedno z pierwszych miejsc, tworząc ten tak pożądany dla lekarzy czynnik ogólnie kształcący. Ażeby więc odpowiedziały swemu zadaniu i posiadały istotnie tę siłę przyciągającą, muszą przedewszystkiem odznaczać się treścią wybranych odczytów. Pod tym względem nie można nic zarzucić Komitetowi Zjazdowemu; zarówno szereg nazwisk znanych w różnych gałęziach nauk lekarskich, jak i tematy stanowiące treść wykładów powinny były zapewnić posiedzeniom ogólnym najzupełniejsze powodzenie, gdyby..... Otóż tu właśnie było to „gdyby“, stanowiące winę Komitetu i to winę podwójną. Po pierwsze, zamiast wyszukać jakąś wielką salę koncertową lub teatralną, mogącą pomieścić parę tysięcy ludzi, zbudowano na *via Genova* w Eldorado, pierwotnem siedlisku biur kongresowych, osobną salę w stylu teatralnym o jednem piętrze lóż, w której mogło się zmieścić najwięcej do 400 osób, gdy, licząc nawet, że tylko $^1/_4$ uczestników Zjazdu zechce odwiedzać posiedzenia ogólne, należało zrobić miejsce przynajmniej dla 2000. Skutków tego łatwo się domyślić: na pierwszem posiedzeniu ścisk, hałas, gniecenie się, w następstwie niezadowolenie, zniechęcenie, wymyślanie na Zjazd i..... pustki na następnych posiedzeniach. To więc był grzech Komitetu, stósujący się do miejsca; drugi tyczył się czasu. Jeżeli w ogóle trzeba było dosyć siły woli, aby przynajmniej w ciągu godzin rannych i popołudniowych oprzeć się pokusie porzucenia całego Zjazdu i zwiedzania tych nieprzebranych skarbów wiekowych zdobyczy ducha ludzkiego, czemu nie wszyscy oprzeć się zdołali, to trudno już żądać, aby ten ascetyzm estetyczny na korzyść nauki sięgał aż do godziny 6-tej wieczór, gdyż o tej godzinie kończyły się posiedzenia ogólne, rozpoczynające się o 4-tej po południu.

Dlatego też, zdaniem mojem, właściwy był w tym względzie rozkład zajęć na Zjeździe berlińskim, gdzie posiedzenia ogólne odbywały się zawsze w godzinach przedpołudniowych. Nie wychodzi to bynajmniej na niekorzyść posiedzeń sekcyjnych, które odbywają się po południu w te dnie, kiedy odbywa się posiedzenie ogólne a daje możność wszystkim brania z korzyścią w tych ostatnich udziału.

Pierwsze posiedzenie ogólne odbyło się w piątek dnia 30. Marca. W wilię tego dnia, we czwartek, w dniu otwarcia Zjazdu po południu, zebrano się poraz pierwszy w gmachach budującego się *Policlinico Umberto I.* w celu zorganizowania sekcyj, których utworzono aż 19-cie. Przewodniczącymi każdej z nich byli Włosi; na prezesów honorowych powybierano gości ze wszystkich krajów. I kilku Polakom godność ta przypadła w udziale. W porządku liczbowym sekcye przedstawiały się tak: 1) A n a t o m i a, przewodniczący Todoro, prezesi honorowi: His, Waldeyer, Richet, Stieda, Debierre, Roux, Benedikt, Laskowski, Cunningham, Ramon y Cajal, Hauben, Romiti. 2) F i z y o l o g i a, przewodniczący: Kronecker, prezesi: Chauveau, C y b u l s k i, Danilewskij, Drechsel, Forster, Gaule, Heidenhain, Holmgren, Richet, Sanderson. 3) A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a i p a t o l o g i a o g ó l n a, przewodniczący: Bizzozero, prezesi: Virchow, Cornil, Chiari, Salomonsen. 4) F a r m a k o l o g i a, przewodniczący: Semmola, prezesi: Binz, Dujardin-Beaumetz, Lauder-Brunton, Nothnagel, Petresco, Stockvis. 5) M e d y c y n a w e w n ę t r z n a, przewodniczący: Baccelli, prezesi: Bouchard, Crocq, Da Rocha, Drechsfeld, Gerhardt, Stewart, Herrero Sanchez, Lépine, Lewaszew, Pepper, Sahli, Stokvis, Ziemssen. 6) P e d y a t r y a, przewodniczący: Blasi. 7) P s y c h i a t r y a, N e u r o p a t o l o g i a i A n t r o p o l o g i a k r y m i n a l n a, przewodniczący: Lombroso, w liczbie prezesów honorowych: R o t h e z Warszawy. 8) C h i r u r g i a, przewodniczący: Durante, prezesi: Spencer Wells, Mac-Cormac, Stokes, Mac-Ewen, König, Mikulicz, Ollier, Péan, Championnière, Lorenz, Lavista, Rossander, Kocher, Murphy, Sklifassowskij, Pawłowskij. 9) A k u s z e r y a i G i n e k o l o g i a, przewodniczący: Pasquali. 10) L a r y n g o l o g i a, przewodniczący: Massei, pomiędzy prezesami: H e r y n g i S o k o ł o w s k i z Warszawy. 11) O t y a t r y a, de Rossi. 12) M e d y c y n a w o j e n n a, Cipolla. 13) H i g i e n a, Pagliani. 14) S y f i l i d o l o g i a i D e r m a t o l o g i a, de Amicis. 15) M e d y c y n a s ą d o w a, de Crecchio. 16) H i d r o l o g i a i k l i m a t o l o g i a, Vinaj. 17) O k u l i s t y k a, Reymond. 18) O d o n t o l o g i a, Couilliaux i 19) I n ż y n i e r y a, s a n i t a r n a, Betocchi.

Od piątku rano rozpoczęły prace swe oddzielne sekcye, mieszcząc się w budynkach polikliniki, znakomicie się do tego nadających, dokąd także z chwilą rozpoczęcia posiedzeń przeniesiono wszystkie biura. Każda sekcya miała swą salę wykładową, nadto wiele z nich miało boczne pokoje do demonstracyi chorych, narzędzi lub preparatów. W pawilonie chirurgicznym znajdowały się także biura niektórych komitetów narodowych, w tej liczbie i polskiego, który pod niezmordowanem kierownictwem prof. Cybulskiego był punktem ogniskowym dla wszystkich lekarzy Polaków, biorących udział w Zjeździe. To też co dzień w południe ciasno było w małej salce naszego biura, gdzie wzajemnie spotykano się, poznawano, witano i układano projekty wspólnego przepędzenia czasu wśród piękności Wiecznego Miasta. Ogółem wszystkich Polaków było 70, zebranych z różnych krajów Europy i Azyi, poczynając od zachodnich części Szwajcaryi aż do granic środkowej Syberyi. Najliczniej reprezentowaną była Warszawa i Królestwo, dalej Kraków, Lwów, Poznań, wreszcie inne miasta.

Co się tyczy udziału Polaków w pracach sekcyjnych, to zaznaczył się on paru dziesiątkami odczytów. A mianowicie: B a r ą c z mówił o wykluczaniu jelit i użyciu metody Senna w chirurgii jelit, prof. B u j w i d *a)* o metodzie Pasteura przeciw wściekliźnie i o zmianach w komórkach nerwowych w tej chorobie, *b)* o filtrach, prof. C y b u l s k i: mikrokalorymetr, prof. C y b u l s k i i Z a n i e t o w s k i: Nowy przyrząd do drażnienia nerwów i mięśni, prof. C y b u l s k i i B e c k: Zjawiska elektryczne w korze mózgowej małp i psów, prof. G l u z i ń s k i: Przyczynek do sprawy krwotoków płucnych, H e r y n g: *a)* O leczeniu gruźlicy krtani, *b)* o wstrzykiwaniu płynów barwnych do płuc, prof. K o-

siński: Wyniki 800 laparatomij, wykonanych w klinice chirurgicznej w Warszawie, prof. Laskowski: Demonstracya własnego atlasu anatomicznego, prof. Mars: Demonstracya atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych, Mayzel: O znaczeniu kwasu moczowego, Malinowski: O zakażeniu mięszanem u dzieci, Przedborski: O skurczu histerycznym krtani, Rothe: Przyczynek do historyi psychiatryi w Polsce i Rosyi, Sędziak: O etyologii mieszkowego zapalenia gardła, *angina follicularis*, Sokołowski: *laryngitis hypoglottica hypertrophica chronica*, Stankiewicz: *a*) O ranach postrzałowych pęcherza, *b*) przypadek mięsaka pęcherza, Tymowski: O zastósowaniu elektrolizy w laryngologii, Watraszewski: O działaniu rtęci w kile utajonej, prof. Wicherkiewicz: *a*) O wrodzonych wadach dróg łzowych, *b*) o nowym przyrządzie do mierzenia gałki ocznej i oczodołu; nadto Dr. Dobrzycki z Warszawy wniósł na osobnem posiedzeniu, by urządzić na przyszłych Zjazdach międzynarodowych oddzielną sekcyę dla prasy lekarskiej, co po dyskusyi przyjęto w zasadzie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Lipca 1894 r.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 23. do 26. Lipca b. r.

W dalszym ciągu zapowiedziano następujące wykłady:

W sekcyi medycyny wewnętrznej:

Dr. Dmochowski: O znaczeniu acetonu w moczu.

Dr. Szumlański: Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej.

Dr. Wachtel: O leczeniu chorób przewodu pokarmowego u dzieci za pomocą przepłukiwań żołądka i jelit.

Tenże: Influenca w wieku dziecięcym.

Tenże: Zapalenie opon mózgowych i rdzeniowych u dzieci.

— Z uwagi na wielkie usługi, jakie wymiarowi sprawiedliwości przez wykrywanie zbrodniarzy oddaje we Francyi udoskonalona przez Bertillona antropometrya, polecił minister spraw wewnętrznych w Anglii zaprowadzić antropometryą w Londynie i głównych miastach prowincyonalnych.

— O stósunkach sanitarnych na Wschodzie między pielgrzymami mahometańskimi dają nam najlepsze wyobrażenie cyfry. Z pielgrzymów, którzy udali się w roku zeszłym do Mekki, umarło na cholerę 59% a mianowicie w miejscach świętych Arabii 30%, podczas pobytu w Dżeddah 17%, podczas przeprawy do El-Tor 4%, w kwarantannie w El-Tor 7%, w kwarantannie w Klazomene 1%. O jaką zaś w tem rozchodzi się liczbę zmarłych, można nabrać pojęcia, jeżeli się uwzględni, że samą drogą morską przybyło pielgrzymów 94.385 a mianowicie z Egiptu 16.325, z Algeryi 15.711, z Indyj angielskich 20.937, z Indyj holenderskich 13.856, ze Sudanu 9.675, z Persyi 2.644, z Rosyi 1.640, z Turcyi 13.477 i z Bośnii 120.

— Wiadomo oddawna, że śmiertelność u Izraelitów jest znacznie mniejsza, niż u Chrześcian; tyczy się to osobliwie dzieci. I tak według statystyki zestawionej przez Uffelmanna w Wielkiem Księstwie Badeńskiem umiera przed ukończeniem pierwszego roku życia na 1000 dzieci chrześciańskich 270, na 1000 izraelickich zaś 184. W Erfurcie na 1000 dzieci chrześciańskich umiera przed ukończeniem 4. roku życia 409, z izraelickich zaś tylko 198. W Monachium wynosi śmiertelność na 100 u katolików 41, u ewanielików 27, u Izraelitów tylko 15 do 16.

Uffelmann sądzi, że ta mniejsza śmiertelność dzieci u Izraelitów nie pochodzi z większej żywotności rasy, ale ma swe źródło w staranniejszem u Izraelitów wypełnianiu przez matki obowiązków macierzyńskich, mniejszej liczbie dzieci nieprawych i opuszczonych, wreszcie wcześniejszem wzywaniu pomocy lekarskiej.

— Do jak wielkiego rozwoju doszły dentystyka i używanie sztucznych zębów w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, świadczy okoliczność, iż jedna tylko fabryka w Nowym Jorku sprzedała w roku zeszłym 8.000.000 zębów sztucznych, których cały wyrób oceniają na 20 milionów sztuk.

Zęby sztuczne wyrabia się ze zmełtych na pył kaolinu, feldspatu i kryształu górskiego, które po zmięszaniu i stósownem zarobieniu tworzą rodzaj ciasta, które poddaje się działaniu wysokiego stopnia ciepła w osobnych piecach. Zęby w ten sposób sporządzone powleka się bardzo delikatną emalią, nadającą zębom sztucznym zupełnie wejrzenie naturalnych. Dla lepszego złudzenia wyrabiają niektórzy fabrykanci zęby sztuczne nawet z pewnemi brakami!

Mimo tego, że cena zębów sztucznych jest bardzo umiarkowana, bo wynosi od $1\frac{1}{2}$ do 2 franków za sztukę, używają dentyści amerykańscy bardzo wiele złota do naprawy zębów zepsutych a niejaki Nansouty oblicza ilość złota spotrzebowanego rocznie w celach dentystycznych w Stanach Zjednoczonych na 800 kilogramów w wartości $2\frac{1}{2}$ miliona franków.

Ponieważ owo złoto w szczękach ludzkich po śmierci właścicieli idzie do ziemi, przeto ów statystyk przypuszczając, iż tak dalej używać się będzie złota, oblicza, że po 3 wiekach znajdzie się w ziemi złota za 750 milionów franków czyli ilość równająca się kursującej obecnie w postaci pieniędzy w Stanach Zjednoczonych.

— W archiwum Towarzystwa drogi żelaznej w Norymberdze, pierwej w Niemczech, przechowują protest bawarskiego kolegium lekarskiego, w którem znajduje się ustęp:

Jazda wozami ciągnionemi przez lokomotywę powinna być zakazana w interesie zdrowia publicznego, ruch bowiem szybki wywoła u jadących chorobę umysłową w postaci obłędu ze szałem. Nawet gdyby podróżni przystali na to niebezpieczeństwo, winien rząd bronić przed niem publiczności. Samo patrzenie się na lokomotywę pędzącą z tak wielką chyżością, może wywołać zboczenie w mózgu i dlatego jest rzeczą konieczną otoczyć kolej żelazną z obydwóch stron płotem mającym 3 metry wysokości.

— Otyatra filadelfijski, Dr. Turnbull zwraca uwagę na pewne niebezpieczeństwa dla narządu słuchowego z nieostrożnego używania kąpieli morskich i wywodzi z nich wiele przypadków nie tylko zatkania się uszu woskowiną, ale i zapalenia przewodów słuchowych zewnętrznych z następowem zapaleniem i przedziurawieniem błony bębenkowej. Do powyższych, całkiem słusznych uwag amerykańskiego kolegi możemy dodać, że i u nas zwykłe kąpiele rzeczne nie rzadko są przyczyną dolegliwości wyżej wspomnionych i dlatego zaleca się bardzo używać kąpieli rzecznych zatkawszy przewody słuchowe gałeczką waty napojonej jakim czystym tłuszczem. Szczególniej powinny to robić osoby, które przebyły już choroby uszne, osobliwie zapalenie przewodu słuchowego zewnętrznego lub dotknięte są tak pospolitym jego wypryskiem (*eczema*).

— Z kilkoletnich, codziennych pomiarów temperatury morza, robionych przez szkockie Towarzystwo meteorologiczne wypada, że wysoka ciepłota powietrza w lecie udziela się wodzie morskiej tylko powoli i stopniowo tak, że morze bywa najcieplejsze a zarazem cieplejsze od powietrza atmosferycznego w końcu Sierpnia. Z tem powolnem ogrzewaniem się morza zostaje w zgodzie również powolne jego oziębianie się tak, że średnia temperatura wody morskiej jest w Listopadzie o 6 a w Grudniu o 7 stopni wyższą od temperatury powietrza atmosferycznego. W końcu Października ma morze temperaturę taką samą, jak w połowie Czerwca. Czas więc między temi dwiema datami uważać trzeba za najodpowiedniejszy do kąpania się w morzu. Bezpieczniej też kąpać się w dniach nawet zimnych w połowie jesieni, niż podczas pierwszych upałów letnich.

— W Bułgaryi liczba lekarzy z 95 w roku 1879 doszła w końcu roku 1893 do 283, z których tylko 63 praktykuje wyłącznie na własną rękę; reszta piastuje posady gminne lub rządowe, cywilne i wojskowe. Na 75 okręgów, z których składa się kraj, 13 z ludnością 400.000 nie ma żadnego wcale lekarza. Lekarze chcący praktykować w Bułgaryi obowiązani są zdawać egzamin przed właściwą komisyą.

— Jakiem uznaniem za granicą cieszą się wydziały lekarskie uniwersytetów cesarstwa niemieckiego, dowodzą najlepiej cyfry odnoszące się do liczby słuchaczy w bieżącem półroczu. Do 20 wydziałów

uczęszczało razem 8.012 uczniów, między którymi było 3.507 cudzoziemców. Najwięcej uczniów medycyny było w Monachium (1211), najmniej (120) w Roztoce. Cudzoziemców było najwięcej (bo 716) w Monachium, najmniej (8) we Wrocławiu, chociaż położonym tak blisko granic państwa niemieckiego. Stósunkowo do krajowców (21%) było najwięcej cudzoziemców (79%) w Wircburgu, najmniej we Wrocławiu (krajowców 97·3% cudzoziemców 2·7%).

— Według dat urzędowych było 1. Stycznia r. b. w Anglii 92.057 obłąkanych, w porównaniu do roku poprzedniego o 2.245 więcej. To zwiększenie się liczby obłąkanych jest ogólne w całym kraju, lecz występuje przedewszystkiem w Londynie, gdzie jest obecnie o 800 obłąkanych więcej, niż w roku zeszłym.

— Francuzka izba deputowanych przyjęła tymi dniami projekt do prawa nakładającego kary na kupców sprzedających wina roztworzone wodą lub zaprawione wyskokiem nawet wtedy, gdyby to zarobienie było wiadome kupującemu lub konsumentowi.

— W dniu 19. Czerwca r. b. oddano do użytku publicznego w Tunisie zakład do szczepienia wścieklizny sposobem Pasteurowskim, założony z inicyatywy rządu francuskiego. Dyrektorem jest Dr. Loir, uczeń i siostrzeniec Pasteura.

— Kongres anatomiczny zbierze się w Bazylei w dniach od 17. do 19. Kwietnia w r. 1895.

— Sprawa szerzenia się kiły w armii angielskiej w Indyach Wschodnich była temi dniami przedmiotem żywych rozpraw w parlamencie angielskim. Wiadomo, iż pod wpływem nacisku ze strony opinii publicznej rząd angielski zniósł przed kilkunastu laty tak zwane *Contagions Diseases Acts*, regulujące prostytucyę w niektórych miastach Anglii i osad mających stałe załogi. Skutki tego kroku pokazały się w niedługim czasie. Gdy w roku 1871., przed zniesieniem owych ustaw liczba zgłaszających się do szpitali z objawami kiły drugorzędnej wynosiła 21·2‰ stanu czynnego armii, liczby te w trzech latach ostatnich wzrosły do 33, 35 i 37‰. Z porównania roku 1879 (poprzedzającego zniesienie wymienionych ustaw) z rokiem 1892., okazuje się wzrost kiły na Malcie od 6‰, do 18·6‰, w Indyach zachodnich od 3·9 do 48·3, w Afryce południowej od 19·1 do 68·5, w Chinach od 11·4 do 58·4, w Bengalu od 21·8 do 55·1, w Madrasie od 25·3 do 74, w Bombaju od 22·8 do 50·4. Poważne koła angielskie tak parlamentarne jak i lekarskie widzą w tem szerzeniu się kiły wielkie niebezpieczeństwo nietylko dla samejże armii, ale i dla ludności cywilnej, nie tają jednak przed sobą trudności poprawy złego wobec opinii publicznej, nieprzychylnej wszelkim regulaminom, odnoszącym się do uporządkowania a raczej uczynienia mniej szkodliwą prostytucyi.

— Z rocznika statystycznego miasta Berlina za rok 1891 wyjmujemy następujące daty: Umarło 17649 mężczyzn i 15743 kobiet, co odpowiada 20·82 na 1000. Najwięcej (3652) osób umarło w Grudniu. W pierwszym roku życia umarło na 1000 dzieci 275·3 a mianowicie ślubnych 245·4, nieślubnych zaś 505·2. Najwięcej (4444) osób umarło na suchoty, następnie na ostry nieżyt żołądka i jelit 2640, z których 2612 przypada na dzieci w pierwszych dwóch latach życia. Cała konsumcya wody wynosiła 36379745 m³ czyli 62·27 litra na dobę i głowę. Na głowę skonsumowano: mięsa 69·01 kilogramów, ryb 16·86 kilogr., piwa 189·96 litrów, wina 9·87, kawy, herbaty i kakao 4·01 kilogr. Miejski zakład desinfekcyjny był czynny w 7210 przypadkach. Pod kontrolą policyjno-lekarską było 4364 kobiet, z których oddano do szpitala z przyczyny kiły 2074, świerzbu 90. W wojsku dostało kiły 750 osób.

— (P. A.) W forcie Wayne w Stanie Indiana Półn. Ameryki zachorowało 30 osób na zatrucie krwi z powodu zaszczepienia im niezdrowej limfy ospowej a kilka z nich zmarło. Wina spada głównie na władze za to, że nie kontrolują limfy oraz na jej dostawców a po części i na lekarzy szczepiących.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Perchtoldsdorf pod Wiedniem w 83. r. życia b. profesor anatomii w uniwersytecie wiedeńskim Dr. Józef Hyrtl, słynny anatom, znakomity nauczyciel, znawca języków klasycznych, wielki dobrodziej gminy perchtoldsdorfskiej, w której zamieszkał po przejściu na emeryturę i w której wybudował własnym kosztem kościół tudzież zakład na cele dobroczynne. — W Skałacie lekarz powiatowy, Dr. Feliks Najdenło w 42. roku życia na dur osutkowy, którego nabawił się niosąc pomoc chorym — obywatel powszechnym otaczany szacunkiem. — W Nowogrodzie pomocnik inspektora gubernialnego urzędu lekarskiego Dr. Michał Wiszniewski w 50. roku życia.

Redakcya otrzymała:

A. Elsenberg: Leczenie wilka parachlorofenolem. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Tenże. Ueber die Behandlung des Lupus mittelst Parachlorophenol. (Odbitka z *Archiv für Dermatologie und Syphilis*).

Jan Wiesław Radwański: Szkic statystyczny aptek w Austro-Węgrzech ze szczególniejszem uwzględnieniem Galicyi. Lwów 1894.

H. Higier: Polyneuritis et polioencephalomyelitis anterior. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Tenże: Beitrag zur hysterischen Apoplexie. (Odbitka z *Wiener klin. Wochenschrift*).

Tenże: Dystrophia musculorum progressiva. (Odbitka z *Bibliothek der med. Wissenschaften*).

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

WWni Dr. A. S. w B. i Dr. K. w G. Otrzymaliśmy prenumeratę w ilości 6, względnie 3 rubli.

Wny Dr. P. A. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Otrzymaliśmy, prosimy i nadal o pamięć.

Wny Dr. S. B. w S. w Afryce. Pismo Szan. Kolegi otrzymaliśmy i prosimy o pamięć, gdy czas i stósunki pozwolą.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 6735. pr.

KONKURS.

W celu obsadzenia czterech posad c. k. lekarzy powiatowych I. klasy w randze IX-tej i dziewięciu nowo-systemizowanych posad c. k. lekarzy powiatowych II. klasy w randze X. klasy, rozpisuje się niniejszem konkurs do 5. Sierpnia b. r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. Dz. u. p. Nr. 37. metrykę urodzenia, niemniej w dowody znajomości języków krajowych wnieść do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci zostający już w służbie państwowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez właściwe c. k. Starostwo a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 10. Lipca 1894. 144—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 28. Lipca 1894 r. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny.
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Co się tyczy zaćmień w ciałku szklanem, to Vanemann, który bardzo wiele obserwował przypadków, widzi w sublimacie w ten sposób stósowanym znakomity środek wyjaśniający: *moins je vois clairement le fond de l'oeil, plus j'ose promettre à mes malades.* Rumszewicz zauważył również w jednym przypadku krótkowidzenia znaczniejszego stopnia z licznemi zaćmieniami w ciałku szklanem, które nie ustępowały mimo piętnastu injekcyj strychniny, po czterech wstrzyknięciach sublimatu znaczną poprawę wzroku a zaćmienia ciałka szklanego ustąpiły bez śladu.

Co do skuteczności wstrzykiwań sublimatu w innych cierpieniach oka, zdania są jeszcze bardziej podzielone.

Nawet optymista Peunow nie widział żadnego skutku w zaniku nerwu wzrokowego. Rumszewicz nie osięgnął żadnej poprawy w dwóch przypadkach *retinitis pigmentosa*, podczas gdy Gepner widział w jednym przypadku polepszenie wzroku już po dwukrotnem wstrzyknięciu. W jednym przypadku zapalenia twardówki Rumszewicza po pierwszem wstrzyknięciu ustąpiły nieznośne bóle głowy a po siedmiu nastąpiło wyleczenie w przeciągu czterech tygodni. Podobny wynik miał Schweinitz w *episcleritis*.

Ważną jest kwestya zapaleń sympatycznych oka.

Dobre wyniki osięgnęli tutaj Gosetti, Roche[1]), Secondi (jeszcze przed wystąpieniem Dariera) i Wichrekiewicz[2]), ale tu oko pierwotnie zajęte, zostało wyłuszczonem.

Zdaniem Abadiego w zapaleniu sympatycznem wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu wyrugowały przynajmniej częściowo wstrzykiwania do wnętrza gałki ocznej, które wszakże w pewnych razach mają niezaprzeczoną wyższość. W przypadkach tych, w których rana nie jest tak ciężka, aby oko nie dało się utrzymać, wstrzykiwania pod spojówkę razem z przyżeganiem ranki są w stanie powstrzymać czasem nawet już wybuchłe zapalenie w drugiem oku; jeżeli jednak oko pierwsze skutkiem rozległego zranienia jest bezwzględnie straconem, lub gdy zapalenie sympatyczne mimo wstrzykiwań postępuje dalej, nie należy zwlekać z wyłuszczeniem gałki. Zato po wyłuszczeniu mogą wstrzykiwania podspojówkowe, zwłaszcza w połączeniu z wcieraniami nader dobre oddać usługi.

Próbowano również i w jaglicy (*trachoma*) wstrzykiwać sublimat do załamka i gdy tutaj Von Millingen nie osięgnął żadnych dodatnich wyników, to przeciwnie Dransart, który wprawdzie obok tego stósował skaryfikacye i szczoteczkowanie, widzi we wstrzykiwaniach dobre uzupełnienie dotychczasowej terapii jaglicy. Wstrzykiwania te do załamka, jak sam miałem sposobność przekonać się, wywołują bardzo znaczne obrzmienie spojówki i powiek. Sam Dransart przyznaje że *ce gonflement est même parfois effrayant, il est analogue à celui du jequirity et de l'ophthalmie purulente intense*, nie dostrzegł jednak, żeby obrzmienie to wpływało szkodliwie na rogówkę.

Chociażby więc nawet przyznać sublimatowi, w ten sposób stósowanemu, pewien wpływ skuteczny na sprawę

[1]) Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire 1892.

[2]) Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych. *Nowiny lekarskie.* Nr. 2. 1894.

jaglicową, to i tak wstrzykiwania te nie przewyższając w niczem dotychczasowych sposobów leczenia, byłyby zdaniem mojem tylko niepotrzebnym balastem w terapii jaglicy, przeładowanej i tak już tylu środkami, nieraz wątpliwej wartości.

Zachęcony powyżej przytoczonemi pomyślnemi wynikami większej części autorów zacząłem jeszcze w roku zeszłym wstrzykiwać sublimat pod spojówkę gałkową w rozmaitych cierpieniach oka.

Do wstrzykiwań używałem z początku rozczynu 1:1000, wstrzykując według Dariera $^1/_{20}$ do $^1/_{10}$ miligrama, później rozczynu 1:2000, z którego wstrzykiwałem po 2 do 3 przedziałek zwykłej, gramowej strzykawki Pravaza. Zrazu posługiwałem się strzykawką pierwotnie przez Dariera zalecaną, t. j. gramową na 20 równych części podzieloną, później używałem zwykłej strzykawki Pravaza o igle platynowej, która przed użyciem i po użyciu daje się wyżarzyć należycie.

U chorych, którym wstrzykiwałem rozczyn sublimatu, nie stósowałem żadnych innych środków ani miejscowo ani ogólnie, prócz opaski, wskazanej już z powodu samego obrzmienia surowiczego spojówki gałkowej, jakie pozostaje po wstrzyknięciu, i atropiny, o ile w danym przypadku zależało na rozszerzeniu źrenicy; chodziło mi bowiem o to, aby tem pewniej wypróbować działanie samych tylko wstrzykiwań.

Przeważna część chorych leczyła się w klinice stałej lub w oddziale ocznym w szpitalu św. Łazarza, ztąd więc możliwe były codzienne ścisłe spostrzeżenia; niektórych tylko chorych, których dla szczupłości naszej kliniki nie można było przyjąć, leczono w klinice ruchomej. W ten sposób rozpocząwszy doświadczenia w Październiku 1893. roku i robiąc je przez kilka miesięcy, miałem sposobność stósować sublimat w kilkudziesięciu przypadkach chorób rogówki, jagodówki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Do tych dołączyłem jeszcze kilka spostrzeżeń z prywatnej praktyki Prof. Rydla na chorych w ten sam sposób leczonych, których historyj choroby raczył mi łaskawie udzielić.

Z tych wszystkich jednak tylko 50 przypadków może mi służyć za podstawę do ocenienia wartości leczniczej w mowie będącej metody, gdyż wielu chorych, czy to skutkiem nieregularnego uczęszczania do ambulatoryum, czy też dlatego, że po chwilowem polepszeniu lub pogorszeniu więcej się nie pokazało, usuwa się z pod ścisłej obserwacyi.

Zazwyczaj zakładałem po wstrzyknięciu opaskę na kilka godzin, np. po wstrzyknięciu w południe do wieczora, poczem ją usuwałem, chyba że większy obrzęk spojówki gałkowej wymagał dłuższego zawiązania oka. Niejednokrotnie jednak mogłem się przekonać, że opaska nie jest niezbędnie potrzebną, gdyż w niektórych razach obrzmienie bez niej nie trwało ani dłużej ani nie było większem. W tych tylko przypadkach, w których już sama sprawa chorobowa wywołuje obrzmienie spojówki gałkowej, widziałem obrzęk po wstrzyknięciu niekiedy bardzo znaczny i wtedy założenie opaski było bardzo skutecznem. Przed wstrzyknięciem znieczulałem oko 5% rozczynem kokainy 2—3 krotnie do worka spojówkowego zapuszczonym, co okazało się zupełnie wystarczającem, bo przekonałem się, że nawet i bez znieczulenia rękoczyn ten nie jest zbyt bolesnym.

W gwałtowniejszych tylko sprawach ropnych wstrzykiwałem sublimat codziennie; w przewlekłych natomiast cierpieniach oka co 4 do 5 dni w miarę tego, kiedy ustąpiła reakcya poprzedniem wstrzyknięciem wywołana.

Wyniki, jakie otrzymałem, były następujące (przytaczam tu tylko przypadki ściśle z dnia na dzień obserwowane).

Zapalenie rogówki.

1) Chane H., lat 60, ambulantka. *Abscessus corneae cum hypopyo oculi dextri*. 3 wstrzyknięcia rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Ropień nieduży, *hypopyon* zajmuje $^1/_3$ przodkowej komórki. Już po pierwszem wstrzyknięciu ustały bóle a *hypopyon* zmniejszyło się, po drugiem *hypopyon* znikło; jeszcze jedna injekcya; ropień goi się prawidłowo tak, że 15. dnia od rozpoczęcia kuracyi mogłem już zastósować środki wyjaśniające.

2) Stanisław K., lat 20, klinika stała. *Abscessus corneae cum hypopyo post trauma oculi sinistri*. 8 injekcyj rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — pogorszenie. Ropień rozległy, *hypopyon* zajmuje $^1/_2$ komórki. Dwa razy wypalono galwanokauterem, poczem zastósowałem 8 injekcyj sublimatu; poprawy nie było, owszem przystąpiło zapalenie tęczówki, przestałem więc wstrzykiwać a natomiast zastósowałem ciepłe okłady, atropinę, przepłukiwanie worka spojówkowego sublimatem 1 na 5000 co godzina, na noc jodoform i opaskę. Wśród tego ropień zamienił się na wrzód, który przebił rogówkę. W 18 dni później wrzód wygoił się; środki wyjaśniające.

3) Franciszka Z., lat 30, klinika stała. *Abscessus corneae cum hypopyo et blennorrhoea sacci lacrymalis oculi sinistri*, 11 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza codziennie, atropina, sondowanie, przestrzykiwanie woreczka łzowego rozczynem sublimatu — pogorszenie. Ropień zajmuje połowę rogówki, *hypopyon* wypełnia $^1/_3$ komórki przodkowej. Po pierwszych 2 wstrzyknięciach bóle zmniejszyły się znacznie, *hypopyon* również, odtąd ani poprawy ani pogorszenia. Po 9-tej injekcyi pogorszenie i *hypopyon* zwiększyło się; jeszcze 2 injekcye; wrzód przebił rogówkę, tęczówka opadła. Zaniechano wstrzykiwań, natomiast zalecono ezerynę i opaskę, przy czem w 12 dniach nastąpiło wyleczenie, z pozostawieniem płaskiej blizny z wrośnięciem tęczówki.

4) Gitla W., lat 5, ambulantka. *Abscessus corneae cum hypopyo oculi dextri*. 3 injekcye rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Ropień nie duży, wielkości prosa, trwa od tygodnia, *hypopyon* zajmuje $^1/_4$ komórki. Po 2 wstrzyknięciach znikło *hypopyon*; 13. dnia środki wyjaśniające.

5) Aron T., lat $2^1/_2$, ambulant. *Infiltratum purulentum corneae cum hypopyo post combustionem oculi dextri*. Rozległe sparzenie spojówki powiekowej i gałkowej, wstrzykiwania bezskuteczne, rozwinęła się *panophthalmitis*.

6) Kazimierz P., lat 70, klinika stała. *Ulcus corneae cum hypopyo post trauma, hyperaemia iridis oculi sinistri*. 2 injekcye rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, atropina — pogorszenie. Wrzód wielkości główki od szpilki, *hypopyon* wysokie na 3 milimetry. Po pierwszem wstrzyknięciu bóle ustały, po 2 dniach jednak *hypopyon* większe. Gdy po 2-giej injekcyi żadnego nie było polepszenia a *hypopyon* jeszcze się powiększyło, dosięgając już połowy przedniej komórki, przekłuto rogówkę i zastósowano następnie ciepłe okłady i atropinę, na noc jodoform i opaskę. W 2 tygodnie po punkcyi na rogówce już tylko plamka; środki wyjaśniające.

7) Dawid R., lat 66, ambulant. *Ulcus corneae cum hypopyo oculi dextri*, 2 injekcye rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — wyleczenie. Wrzód wielkości siemienia lnianego, *hypopyon* na 1 mm. wysokie, mocne bóle w oku i w głowie. Po pierwszem wstrzyknięciu ustały bóle, wrzód czyściejszy, po drugiem ropa z przodkowej komórki znikła, w 4 dni później kalomel.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.**

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Pomiędzy zmianami, jakim uledz może guz jajnika, zajmuje poważne miejsce okręcenie szypuły. Wydarzyć się ono może w ciąży, podczas porodu i w połogu. Czy wydarza się częściej, niż w przypadkach niepowikłanych ciążą? Cyfry statystyczne, zdaje się, przemawiają raczej przeciw temu, niż za tem. Według Olshausena[1]) przydarza się w przypadkach niczem niepowikłanych skręcenie szypuły 8 razy na 100 przypadków. Inni autorowie podają nawet wyższe odsetki. W 109 przypadkach owaryotomii u ciężarnych, zebranych skrzętnie przez Dsirnego[2]) było tylko 10 przypadków skręcenia szypuły t. j. 9%. Cyfra ta jest raczej za duża, niż przeciwnie, bo przypadki skręcenia szypuły u ciężarnej są rzadkie i ciekawe i prawdopodobnie niemal wszystkie weszły do piśmiennictwa, gdy zapewne nie ogłoszono wiele innych, niepowikłanych przypadków.

Mimo tych, tak przekonywających liczb spotykamy się przecież w wielu miejscach ze zdaniem, że ciąża usposabia do okręcenia szypuły. Tego zdania jest między innymi Olshausen[3]) Hegar i Kaltenbach[4]) Hofmeier[5]), Pozzi[6]), Riedinger[7]) i Bylicki[8]), który w ogóle na 60 przypadków guzów jajnika widział tylko trzy razy skręcenie szypuły a z tych trzech dwa dotyczyły ciężarnych. Olshausen i Reuter[9]) tłómaczą nawet przyczynę tej, jak widzimy, problematycznej częstości skręceń szypuły; obydwaj tłómaczą to jakimś ruchem obrotowym, udzielonym guzowi przez rosnącą macicę ...*der schwangere Uterus theilt jenem (dem Ovarialtumor) eine drehende Bewegung mit* (Olshausen). *Der schwangere wachsende Uterus kann dem Ovarialtumor eine drehende Bewegung mittheilen* (Reuter). Tłómaczenie to jednak jednę niewiadomą zastępuje drugą, bo trudno rzeczywiście zrozumieć, w jaki sposób macica udziela ruchu tego guzowi, macica, która przecież sama w ciąży ruchów obrotowych nie wykonywa. Prawdopodobniejszem wydaje mi się tłómaczenie inne. W rozwoju zwykłych, ciążą niepowikłanych guzów jajnika można zwykle dostrzedz dwa stadya rozwoju. W pierwszem znajduje się torbiel jeszcze mały w miednicy małej, najczęściej poza macicą; w drugiem nie znachodząc już miejsca w miednicy małej wysuwa się ponad wchód miednicy. W pierwszym okresie ruchomość jego jest nieznaczna; w drugim, zwłaszcza, dopóki nie zajmuje całej jamy brzusznej, jest zwykle ruchomy. W tym też czasie występuje skręcenie szypuły. Powstanie jego ułatwia niezawodnie długa, wąska szypuła, bo krótka i gruba w chwili, kiedy guz wychodzi do miednicy małej, napina się a napięcie to musi do pewnego stopnia ograniczać ruchomość torbiela. To napięcie musi się zmniejszyć wtedy, kiedy dolny punkt przyczepienia szypuły, t. j. róg macicy podniesie się ponad wchód miednicy, n. p. przy wzroście macicy ciężarnej. Oba końce szypuły zbliżą się w ten sposób do siebie, napięcie zmniejszy się a co zatem idzie, powiększa się ruchomość guza i możność skręcenia szypuły.

Tak możnaby tłómaczyć częstość skręcenia szypuły u ciężarnych, która jednak, jak wyżej przytoczone cyfry wykazują, wcale nie jest pewną.

Objawy skręcenia szypuły u ciężarnych występują równie ostro i gwałtownie, jak i w przypadkach niczem niepowikłanych; wyliczanie ich i omawianie byłoby przekroczeniem ram, zakreślonych niniejszemu artykułowi.

Jedno tylko nasuwa się pytanie, które wymaga odpowiedzi, a mianowicie, jak wpływa to skręcenie na przebieg ciąży? Czy ostre objawy towarzyszące temu powikłaniu sprowadzają poronienie i jak prędko?

Na pytanie to nie znajduję jednak odpowiedzi w zapiskach literackich. Jest wprawdzie w wielu miejscach mowa o tem, że powikłanie to jest specyalnie u ciężarnych niebezpieczne, z drugiej jednak strony wiele ogłoszono przypadków, które przemawiają przeciw temu, przypadków, z których wynika, że objawy wywołane skręceniem szypuły są wprawdzie groźne, ale mogą trwać całe tygodnie i nie przerwać ciąży. Tu należy między innymi i nasz przypadek 7. Nawet owaryotomia po skręceniu szypuły, która, jak zobaczymy, sama przez się wywołać może poronienie, najczęściej nie przerywa ciąży.

(Dwa przypadki Schrödera[1]), jeden Steilbruna[1]) jeden Küstnera[1]), jeden Olshausena[1]), jeden Frommla, dwa Riedingera, w końcu jeden nasz).

Oprócz szybkiego wzrostu, przemiany w nowotwór złośliwy i skręcenia szypuły, których względna częstość w ciąży wcale nie jest niezbicie stwierdzona, mają się jeszcze wydarzać inne powikłania, rzadkie a groźne, t. j. pęknięcie torbiela, krwotok do nowotworu i zropienie guza. Z powodu rzadkości tych komplikacyj trudno stwierdzić, czy ciąża, poród lub połóg rzeczywiście do ich wystąpienia się przyczyniają (Bylicki)[2]). Wprawdzie przypadki Spencera Wellsa[3]), Rosensteina[4]) i wielu innych dowodzą, że pęknięcie torbiela w ciąży musi być uważane za powikłanie ciężkie a cyfry Nepveugo i Aronsohna wykazują znaczną jego śmiertelność, to przecież z drugiej strony wiemy, że i poza ciążą zdarzenie to jest możliwe. Pomiędzy naszymi dziesięcioma przypadkami znajdujemy tylko jeden, 5-ty, w którym przyczyną śmierci było zropienie guza.

Tak przedstawiają się pokrótce zebrane objawy cierpienia, o którem mowa, i wzajemny wpływ torbieli na ciążę i naodwrót. W historyi chorób dziesięciu naszych przypadków znajdujemy ilustracye prawie wszystkich zestawionych tu objawów.

Na załączonej wyżej tabliczce pod liczbami 2, 3, 4, 5 i 7 są przypadki, w których nie rozpoznano przed operacyą lub porodem jednego z dwóch wikłających się stanów, t. j. ciąży

[1]) Olshausen l. c.
[2]) Dsirne: Archiv f. Gynaekol. XLII. p. 415.
[3]) Olshausen l. c. p. 108.
[4]) Hegar i Kaltenbach: Die operative Gynaekologie 1886. p. 249.
[5]) Hofmeier: Grundriss der gynaekologischen Operationen 1892. pag. 349.
[6]) Pozzi: Traité de gynékologie 1892. p. 799.
[7]) Riedinger: Prager medicinische Wochenschrift 1891. Nr. 17.
[8]) Bylicki.
[9]) Reuter l. c.

[1]) Cyt. z Dsirnego l. c.
[2]) Bylicki l. c. str. 521.
[3]) Spencer Wells: Die Krankheiten der Eierstöcke 1874.
[4]) Rosenstein: Centralblatt f. Gynaekol. 1892. Nr. 41.

albo guza jajnikowego. Tych przypadków jest pięć a więc równe 50%. Jeżeli zważymy, że wszystkie te przypadki badane były dokładnie, bo w klinice i przez tak doświadczonego ginekologa i bystrego dyagnostę, jakim był ś. p. prof. Madurowicz, to śmiało powiedzieć możemy, że w niektórych przypadkach ciąży powikłanej guzami jajnika rozpoznanie jest bardzo trudne. Tego zdania są zresztą wszyscy autorowie, którzy mieli sposobność widzieć wiele takich przypadków. Pomyłki rozpoznawcze możliwe są pod dwojakim względem: albo rozpoznaje się tylko guz jajnikowy a pomija w rozpoznaniu ciążę, albo naodwrót. Oczywiście, że pierwsza pomyłka jest częstszą w przypadkach wczesnej ciąży, której rozpoznanie w przypadkach niczem niepowikłanych bywa chwiejne a w przypadkach powikłanych może się stać niemożliwe. Natomiast rozpoznaje się tylko ciążę a pomija guz jajnika przeważnie wtenczas, kiedy ciąża jest bliska kresu i wszystkie jej objawy pewne dadzą się łatwo wyśledzić a guz jajnikowy, w porównaniu z macicą mały, kryje się poza nią. W zestawionych przezemnie przypadkach dwa razy nie rozpoznano guza jajnikowego, oba razy podczas porodu na czasie; trzy razy nie rozpoznano ciąży w drugim, trzecim i czwartym miesiącu. Wyjaśnianie dokładniejsze przyczyn tych pomyłek byłoby zbyteczne i zaprowadziłoby nas za daleko na pole dyagnostyki guzów brzusznych z jednej strony a ciąży z drugiej.

Pomyłek takich zapisuje piśmiennictwo bardzo wiele; niektóre z nich wywołały lub mogły były wywołać skutki bardzo niemiłe. Tak znakomity dyagnosta i operator, jak Spencer Wells, mając przed sobą ciążę pięciomiesięczną powikłaną torbielem wcale jej nie rozpoznał ani przed operacyą ani podczas operacyi. Uważając podczas laparotomii macicę ciężarną za guz drugiego jajnika nie wahał się nakłuć jej, poczem był zniewolony macicę wypróżnić i zaszyć. Dsirne[1]) zbiera skrzętnie inne, w piśmiennictwie znane przypadki podobnych pomyłek, które jednak w rękach mniej od Wellsa wprawnych chirurgów (Erskine, Mason, Pollock) zakończyły się śmiercią operowanej.

Do objawów ułatwiających najbardziej rozpoznanie ciąży wczesnej obok guza, należy niewątpliwie ustanie regularności. W naszych wszystkich przypadkach objaw ten chore podawały wyraźnie. W zwykłych przypadkach torbieli jajnikowych miesiączka nie ulega zboczeniom a ustaje tylko wtenczas, gdy u chorej rozwija się charłactwo lub jeżeli zmiana nowotworowa zajmuje oba jajniki. Jeżeli jedno i drugie da się wykluczyć, to samo ustanie peryodu w przypadkach guzów jajnika czyni rozpoznanie ciąży bardzo prawdopodobnem.

Z innych objawów prawdopodobnych zmiany w sutkach nie mają żadnego znaczenia, większe już nieco rozpulchnienie i zesinienie pochwy i części pochwowej. Najbardziej ułatwia rozpoznanie wykazanie powiększenia macicy, tylko niestety objaw ten wobec trudności w badaniu oburęcznem często nie daje się wykazać.

Nad rokowaniem nie będę się wcale zastanawiał, nie chcąc powtarzać uwag uczynionych już powyżej; zresztą zastanawiając się nad postępowaniem leczniczem, będę miał sposobność wspomnieć o niem niejednokrotnie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Dsirne l. c.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił
Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.
Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Neumann[1]) widział pięć przypadków łożyskowego zarażenia się płodu kiłą od matki, które w ciąży nabyła kiły. Z powodu wymienionych przypadków można wypowiedzieć następne uwagi: w żadnym z nich nie było pewności, iż matka była wolną od kiły w chwili zapłodnienia lub przedtem; wpływu też ojca na zdrowie potomstwa nie można było wykluczyć, albowiem wypada z opisu przypadków, iż stan zdrowia ojca w chwili zapłodnienia matki nie był znany, nadto zaś w przypadkach 1-ym i 3-im ściśle i dokładnie nie przekonano się o kiłowej naturze choroby dziecka.

W okresie kilku lat ostatnich (1886 — 1892) sprawę łożyskowego zarażenia się płodu kiłą roztrząsali szczegółowo: Legrand[2]), Barduzzi[3]), Gamberini[4]), Cicero[5]) i Neumann.[6])

Nie będziemy tu z braku miejsca rozpatrywać szczegółowo wszystkich rozumowań i zdań wymienionych autorów; zaznaczymy tylko, iż mniemają oni, jakoby przyrzut kiłowy z łatwością przenikać mógł przez łożysko a więc kiła matki udzielała się często potomstwu za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku; Barduzzi nadto zaprzecza wcale temu, iżby kiła matki mogła przekazywać się potomstwu za pośrednictwem zakażonego kiłą jajka; zdaniem więc jego kiła matki udziela się potomstwu litylko drogą obiegu krwi w łożysku. Według zdania Neumanna matka, która nabyła kiły już po zajściu w ciążę, mianowicie zaś w pierwszej jej połowie, udziela niekiedy swej choroby płodowi, kiła zaś, którą matka zaraziła się w drugiej połowie ciąży, zazwyczaj nie przechodzi na potomstwo. Największe widoki pozostania niezakażonemi mają te dzieci, których matki nabyły kiły dopiero w ostatnich miesiącach ciąży, ojcowie zaś podczas zapłodnienia nie mieli kiły.

Pozostaje nam jeszcze do rozpatrzenia kilka najnowszych przypadków śródmacicznego zarażenia się płodu od matki kiłowej.

Przypadek Mijnlieffa[7]) tyczył się 28-letniego kupca, który, zaraziwszy się kiłą po zapłodnieniu swej żony, udzielił jej swej choroby w 3-m miesiącu ciąży; u dziecka, które urodziło się zdrowe i dobrze odżywione, w siedm dni po przyjściu na świat wystąpiła na brzuchu i piersiach osutka oraz nieżyt nosa; dziecko zmarło nagle w 18 dni po urodzeniu się. W przytoczonym przypadku objawy chorobowe u dziecka tak są niedokładnie i pobieżnie opisane, iż mimowolnie powstaje wątpliwość co do kiłowego charakteru zmian na skórze i błonach śluzowych, tembardziej zaś, jeśli weź-

[1]) Wiener mediz. Presse. 1885. 29. str. 928—930.
[2]) Syphilis et grossesse. Thèse. Paris 1886.
[3]) Giorn. ital. d. malattie veneree 1887. 3. str. 133—134.
[4]) Bollet. d. sc. med. di Bologna 1889. XXIV. str. 55—78.
[5]) Gior. ital. d. mal. veneree 1890. 4. str. 321—328.
[6]) Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1892. 4. str. 603, 613—614.
[7]) Nederland. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1885. 22 str. 442—446.

niemy pod uwagę ogólny stan zdrowia dziecka, który prawie wyłącza myśl o kiłowem zakażeniu ustroju noworodka.

Przypadek spostrzegany przez Andronica[1]) należy też do rzędu wątpliwych, albowiem nie znajdujemy w jego opisie żadnych wzmianek o stanie zdrowia ojca w chwili zapłodnienia matki, która, zaraziwszy się w 2-im miesiącu ciąży kiłą, wydała następnie na świat dziecię z wybitnymi objawami kiły krwotocznej (*syphilis haemorrhagica*); można więc przypuścić u dziecka kiłę dziedziczną, a nie wrodzoną.

Więcej przekonywającymi są dwa przypadki Barduzziego[2]); tyczyły się one matek, w 5-ym, względnie 6-ym miesiącu ciąży, które zarazili ich mężowie, ci zaś nabyli kiły już po zapłodnieniu żon swoich; w następstwie przyszły na świat dzieci, przedstawiające wybitne oznaki kiły.

Przypadek Schlichtera[3]) wypada też zaliczyć do rzędu mniej wątpliwych spostrzeżeń łożyskowego zarażenia się płodu od matki kiłowej: pewna kobieta, będąc zapłodnioną przez zdrowego męża, który przedtem nie przebywał wcale kiły, zaraziła się od niego w 3-im miesiącu ciąży kiłą; mąż jej zaś nabył kiły w 4 tygodni po zajściu w ciążę swej żony. Dziecię, które przedwcześnie, bo na początku 9-go miesiąca ciąży przyszło na świat, okazywało wybitne objawy kiły na skórze i błonach śluzowych.

Przypadek Chauffarda[4]) tyczył się młodej dziewczyny, która będąc zapłodnioną przez niewiadomego mężczyznę (o stanie zdrowia jego nie było wcale wiadomości), nabyła w ciąży kiły i wydała później na świat pozornie zdrowe dziecię, u którego jednak po upływie 5-u miesięcy pojawiła się na skórze osutka rumieniowa obok zmian swoistych kiłowych w wątrobie i śledzionie. W przytoczonym przypadku w obec późnego pokazania się objawów kiły u dziecka, powątpiewać wypada o dziedzicznej lub wrodzonej kile; jeśli zaś należy przyjąć, iż choroba dziecka nie była po urodzeniu nabyta, lecz pochodziła od rodziców, i wtedy nawet nie moglibyśmy stanowczo oświadczyć się co do udziału matki w sprawie przekazania kiły dziecku, ponieważ ojciec pozostał nieznanym i o stanie jego zdrowia nic nam nie wiadomo.

Rozpatrując się w zestawionym powyżej, długim szeregu przypadków rzekomego łożyskowego zarażenia się płodu od matki kiłowej i poddawszy je krytyce, uzasadnionej warunkami, które już poprzednio oznaczyliśmy jako niezbędne dla spostrzeżeń tego rodzaju, musimy przyjść do wniosku, iż z kilkudziesięciu opisanych przypadków śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą, nabytą przez matkę w ciąży, w kilku zaledwie można przypuścić, iż kiła matki udzieliła się płodowi za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi (przypadki Vajdy, Zeissla, Barduzziego, Schlichtera); lecz i wymienione przypadki wahamy się zaliczyć do rzędu niewątpliwych i udowadniających łożyskowe zarażenie się płodu, gdyż, jak to już nadmieniliśmy, może tu powstać zkądinąd uzasadnione podejrzenie, iż dziecię było spłodzone nie przez zdrowego i wolnego od kiły małżonka matki, lecz przez kiłowego jej kochanka; choroba więc dziecka nie byłaby wtedy kiłą wrodzoną, lecz dziedziczną i pochodziłaby nie od matki, lecz od ojca.

[1]) Gior. ital. d. malattie veneree. 1886. 4. str. 239—240.
[2]) Tamże 1887. 3. str. 134—135.
[3]) Wiener klin. Wochenschrift 1891. 1. str. 7; Fall. I.
[4]) Semaine médicale. 1891. 33. str. 265.

Przeciwko teoryi łożyskowego zarażenia się płodu kiłą oświadczyło się wielu autorów, jak mianowicie: Hunter[1]), Behrend[2]), Mandon[3]), Capdevilla[4]), Baerensprung[5]), Geigel[6]), Pick[7]), Kassowitz[8]), Mewis[9]), Hecker[10]), Schreder[11]) i Mangen[12]); niektórzy z nich, zaprzeczając, jakoby nabyta podczas ciąży przez matkę kiła mogła udzielić się płodowi, nie przytoczyli wszakże żadnych przekonywających dowodów na potwierdzenie swego zdania (Mandon, Hunter, Behrend, Capdevilla); Pick zaś podał opis 10-ciu przypadków tyczących się matek, które dostawszy kiły w ciąży urodziły pomimoto zdrowe i wolne od kiły dzieci. Baerensprung, opierając się na 14 dokładnie spostrzeganych przypadkach, utrzymuje, że kiła nabyta przez matkę po zapłodnieniu nie udziela się podczas ciąży dziecku; przypadki opisane przez Baerensprunga tyczyły się zdrowych matek, które nabywszy kiły w ciąży, wydały na świat donoszone, dobrze odżywione i wolne od kiły dzieci. Wymieniony autor dodaje, iż oprócz przytoczonych przypadków, mógłby podać jeszcze wiele podobnych. Kassowitz widział wiele przypadków, w których matka, zapłodniona przez zdrowego poprzednio męża, zaraziła się kiłą w ciąży, wydała jednak na świat zupełnie zdrowe i wolne od kiły dziecię. W obec tego utrzymuje Kassowitz, iż kiła matki, nabyta przez nią już po zapłodnieniu, nie udziela się płodowi, pomimo ścisłego związku jego z ustrojem matki; widocznie więc przyrzut kiłowy w wymienionych okolicznościach znajduje w ścianach naczyń krwionośnych lub gdzieindziej przeszkodę, która mu nie pozwala przeniknąć przez łożysko. Zdaniem Kassowitza dowodzi ta okoliczność różnicy pomiędzy przyrzutem kiłowym a przyrzutem ospy, duru, wąglika i innych chorób zakaźnych, który może przenikać przez łożysko. Prawdopodobnem byłoby tu przypuszczenie, iż przyrzut kiłowy zespolonym jest we krwi z morfologicznymi ustrojami, a więc przejście jego do obiegu krwi u płodu przez łożysko w zwykłych okolicznościach, jest wielce utrudnionem. Wiele doświadczeń przemawia za tem, iż łożysko stanowi niejako filtr, przepuszczający litylko lotne ciała i ciecze, organizowane zaś cząstki nie mogą przenikać przez łożysko (Jasiński[13]), Fehling[14]) i Miropolska[15]). Zarzuty podniesione przez Casparego[16]) i Fingera[17]) przeciwko twierdzeniom Kassowitza, tyczącym się łożyskowego zarażenia się płodu kiłą są poniekąd słuszne, nie obalają ich jednak w zupełności: Caspary zwraca uwagę, że wcale nie dowiedziono, izby przyrzut kiłowy zespolonym był z komórkami, według zaś zdania Fingera, chociaż-

[1]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1852. str. 564.
[2]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 1.
[3]) Journal de médecine de Bruxelles 1856. Janvier-Février.
[4]) La Cronica de los Hospitalos. 1856. str. 356.
[5]) l. c. str. 156.
[6]) l. c. str. 298.
[7]) Wiener medicinische Halle. 1863 11. 12.
[8]) Wiener mediz. Jahrbuch. 1875. str. 411—428.
[9]) Zeitschrift f. Gebursth. und Gynaecol. 1879. IV. str. 10.
[10]) Beobachtungen und Bemerkungen an der Gebäranstalt zu München (1859—79) München 1891.
[11]) Lehrbuch der Geburtshilfe. VI Aufl. Berlin 1880. str. 367.
[12]) British medical Journal 1889 II. str. 889.
[13]) Virchows Archiv 1867 XL str. 350.
[14]) Beitrag zur Physiologie des placentaren Stoffverkehrs 1877. str. 19.
[15]) Wracz 1884. Nr. 46.
[16]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis 1877. 4. str. 488.
[17]) Archiv f. Dermatol. und Syphilis 1890. 3. str. 347.

by dowiedziono, iż łożysko nie przepuszcza twardych i uorganizowanych ciałek, nie przesądzałoby to wcale możliwości przenikania przez łożysko toksyn kiłowych, t. j. lotnych lub płynnych produktów, powstałych z przyrzutu łożyskowego; wprawdzie toksyny kiłowe nie są w stanie wywołać w ustroju charakterystycznych i właściwych kile zmian, lecz płód będąc odżywiany pokarmem obfitym w wymienione toksyny, staje się odpornym względem kiły; jak widzimy więc, teorya Fingera wcale nie potwierdza łożyskowego zarażenia się płodu kiłą, jakkolwiek najzupełniej wystarcza dla dokładnego zrozumienia odporności matek, zapłodnionych przez ojców kiłowych i noszących w swem łonie płód zakażony. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Przypadek otrucia kwasem karbolowym.

Podał

Dr. E. Schmidt,

lekarz miejski we Lwowie.

Dnia 20. Kwietnia r. b. o trzy kwadranse na 2gą po południu wezwano mię do dziecka 5-cio letniego, które bawiąc się próżnemi flaszkami z wody mineralnej, nagle paść miało nieprzytomne. Przybyłem na miejsce w kwadrans po przypadku i znalazłem chłopaka 5-letniego, doskonale odżywionego i zbudowanego, zupełnie nieprzytomnego. Źrenice zwężone nie oddziaływały na światło, rogówki bez czucia. Znaczna sinica twarzy i kończyn, obfite poty zimne. Oddech powolny, ciężki, tętno ledwie wyczuwalne, nie dające się policzyć. Usta, broda i szyja w okolicy gardła oparzone a błona śluzowa jamy ust i policzków rozpulchniona i jakby pobielona. Gdy w tej chwili przybył Dr. R. i pogotowie ze stacyi ratunkowej, przystąpiłem do przepłukania żołądka czystą wodą letnią a następnie z domieszką tlenku magnowego (*magnesia usta*). Spotrzebowałem 25 do 30 litrów wody. Podczas tego zabiegu spostrzegliśmy, że tętno ustało i dziecię przestało oddychać; to też Dr. S. wstrzyknął choremu pełną strzykawkę eteru z kamforą (1 : 10) i wspólnie z Drem R. podjął sztuczne oddychanie. Gdy zdawało się, że usiłowania nasze nie odniosą skutku, wyjąłem zgłębnik żołądkowy i ułożyłem dziecię na łóżku w przekonaniu, że żyć przestało. Po chwili jednak spostrzegłem, że tętno wraca. Zastósowałem więc znowu sztuczne oddechanie, nadto nacieranie całego ciała wyskokiem, w końcu obłożyć kazałem dziecię gorącemi bańkami.

Około godziny 4-tej wystąpiły mocne drgawki w całem ciele; gdym zaś przybył do chorego, widziałem już tylko kurcze mięśni twarzy, lecz i te ustały niebawem.

Dalszy przebieg da się streścić w kilku słowach: chłopak przebył w śpiączce przeszło 41 godzin, oddawał kał i mocz wybitnie karbolowy bezwiednie, nie przyjmował zgoła żadnych pokarmów, gdyż krztusił się mocno i widocznie odczuwał wtedy ból.

W niedzielę, t. j. 22. Kwietnia około godziny 8. rano po podaniu łyżeczki zimnej kawy, zaczął się krztusić i dławić i sam wyjął sobie palcem z ust — jakby odlew — błonę śluzową całego przełyku.

Odtąd wracało zdrowie bardzo szybko a w 5 tygodni po zdarzeniu nie okazywał chory objawów zwężenia przełyku, choć nie sądzę, by sprawa ta obejść się mogła bez złych następstw; zresztą ani ja, ani żaden z obecnych kolegów o podobnem wydzieleniu w całości błony śluzowej przełyku nie słyszeliśmy a w dostępnem sobie piśmiennictwie znajduję tylko w *Real-Encyklopaedie* Eulenburga krótką wzmiankę: *Ablösungen der Mucosa sind selten.* (Lewin I. III. str. 631).

Chłopak w dniu przypadku prócz kawy z bułką, zjadł rano około godziny 12-tej kawałek chleba z masłem; żołądek był zatem prawie pusty. Karbol był zgęszczony, lecz ilości połkniętego płynu ani w przybliżeniu podać nie mogę.

Badanie mikroskopowe dokonane przez Dra Krokiewicza wykazało, że błona owa jest częścią powierzchowną błony śluzowej przełyku, która uległa nekrozie koagulacyjnej.

V. Oceny i sprawozdania.

Näcke. **Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe.** Mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie überhaupt. Braumüller (Wien und Leipzig) 1894. str. 255.

Dr. J. L. A. Koch. **Die Frage nach dem geborenen Verbrecher.** Ravensburg 1894. 8⁰ 53 str.

Dwie mamy do zapisania monografie niemieckie, roztrząsające temat Lombrozy o *delinquente nato.*

Pierwsza i obszerniejsza z nich przedstawia wyniki badań na kobietach-zbrodniarkach i obłąkanych. We wstępie zaznajamia nas N. z materyałem swych badań. Z 53 kobiet, przysłanych z zakładów karnych do zakładu obłąkanych w Hubertusburgu, 15% było już dawniej obłąkanych, 20% zaś takich kobiet, które w czasie popełnienia zbrodni były niewątpliwie umysłowo upośledzone. Z dat tych wynika, iż niemal $^1/_4$ skazanych cierpi w domu kary za czyny, których im nie należało poczytać!

Na podstawie własnych badań porównawczych na 53 kobietach-zbrodniarkach dotkniętych obłąkaniem, 43 kobietach umysłowo chorych i 100 kobietach zdrowych doszedł N. do następujących wniosków, tyczących się stósunku właściwości antropologiczno-biologicznych do zbrodni i obłąkania u kobiet.

Ogólne zdrowie fizyczne najlepsze było u obłąkanych, gorsze u zdrowych, najgorsze u obłąkanych zbrodniarek, co tłómaczy się nieprawidłowym trybem ich życia. Co do budowy czaszki, to gdy u zdrowych przeważał rozwój części czołowej czaszki nad jej częścią potyliczną, u obłąkanych stósunek ten był odwrotnym. Wodogłowie najczęściej widział N. u obłąkanych, o wiele rzadziej u umysłowo zdrowych. Dolichocefalia (głowa podłużna) przeważała u obłąkanych, rzadziej u zbrodniarek (wedle Lombrozy odwrotnie), natomiast submikrocefalię znajdywał prawie wyłącznie u zbrodniarek. Największa pojemność czaszki była u zdrowych, najmniejsza u zbrodniarek.

Szerokie twarze o typie mongolskim, prognatyzm, nizkie lub tak zwane uciekające czoła, dalej szerokie a przy nasadzie zapadłe nosy, to właściwości zbrodniarek; natomiast wady utworowe małżowin usznych wydarzały się równie często u zbrodniarek, jak u zdrowych. Na podstawie skrzętnych badań ogranicza autor szereg znamion atawizmu i dochodzi do wniosku, iż cechy zwyrodnienia nie są bynajmniej tak częste u zbrodniarek, aby można na ich podstawie wykazać odrębny typ zbrodniarek.

Czynnikami, które stanowią właściwą okoliczność etyologiczną dla zbrodni, są zdaniem autora wpływy socyalne; złe stósunki higieniczne, w których przebywa świat zbrodniarzy, jest przyczyną krzywicy, upośledzającej rozwój czaszki; częste zakażenie kiłowe odbija się również dotkliwie na tych jednostkach, mała ich inteligencya obok chorobowej drażliwości usposobienia i złe wychowanie stanowią u nich właściwy *agent provocateur* przewrotności.

Jeźli nawet pewna jednostka posiada z natury skłonność do chorób umysłowych, to przecież nie musi ona ko-

nicznie stać się zbrodniarzem, zwłaszcza jeżli stósunki jej życia i jej wychowanie będą dobre i korzystne. Lombroso mówi o utajonym zbrodniarzu w tych przypadkach, w których jednostka jest z natury zwyrodniała a dzięki korzystnym stósunkom bytu swego nie ulega popędom do zbrodni.

Cennym jest ustęp roztrząsający pojęcie moralności i zbrodni. Moralność — twierdzi autor — jest zdobyczą umysłu ludzkiego, nie jest zaś wrodzoną jego właściwością; a gdy pojęcie zbrodni stanowi negacyę moralności, przeto i skłonność do zbrodni jest raczej nabytą, niż wrodzoną.

W końcu dziełka zastanawia się autor nad ocenieniem karno-sądowem zbrodniarzy, przyczem, opierając się na spostrzeżeniu, iż wielka liczba zbrodniarzy okazuje się tylko psychopatycznie upośledzoną (*psychopathische Minderwerthigkeit*) a mając dokładne pojęcie, co złe a co dobre, dopuszcza się złego, bo mu nie umie oprzeć się, oświadcza się za przyjęciem w praktyce sądowej zmniejszonej poczytności (*verminderte Zurechnungsfähigkeit*). Pracę kończy rozdział o środkach zaradczych celem wstrzymania szerzenia się popędów zbrodniczych.

Na wzmiankę wreszcie zasługuje projekt autora, zdążający do umieszczania umysłowo chorych zbrodniarzy z popędem do niszczenia w odrębnych na cel ten urządzonych zakładach, któreby jednak były połączone z domem kary; umysłowo chorych zbrodniarzy łagodnego usposobienia można bez szkody umieszczać w dotychczasowych zakładach dla obłąkanych.

Druga monografia, ogłoszona przez Dra Kocha, jest w wynikach swych zgodną z wywodami Naeckego.

Na podstawie badań kraniometrycznych (na 205 czaszek okazywało 40 wybitne znamiona zwyrodnienia) dochodzi K. do wniosku, że domniemane charakterystyczne cechy czaszki zbrodniarza nie są dla niej wcale charakterystycznemi, tem samem obala K. naukę Lombrozy.

Roztrząsając pytanie, czy można mówić o urodzonym zbrodniarzu, przedstawia K. swój podział zbrodniarzy na nałogowych i okolicznościowych. Pierwsi mogą być umysłowo zdrowi lub chorzy, lub psychopatycznie upośledzeni. Zdaniem K. przemawia obecność cech zwyrodnienia, podanych przez szkołę włoską, jedynie za niedokładnością fizycznego i duchowego rozwoju jednostki, za jej obciążeniem neuropatycznem. W końcu oświadcza K., iż zbrodniarzy umysłowo chorych należy umieszczać w zakładach dla obłąkanych, zbrodniarzy zaś psychopatycznie upośledzonych należy na zasadzie zmniejszonej ich poczytności karać lżej, jakoteż umieszczać w odpowiednich domach poprawy. *Wachholz.*

Chirurgia.

H. Fischer: Ropienia w przestworze podpępkowym.

Poniżej pierścienia pępkowego, po obu stronach linii białej znajduje się trójkątny przestwór podstawą ku górze, wierzchołkiem ku dołowi zwrócony, na szerokość dłoni pod pępkiem się gubiący, którego wewnętrzną granicę linia biała a zewnętrzną brzeg pochwy mięśnia prostego stanowi; pochodzenie swoje zawdzięcza on tętnicy pępkowej, której przebiegowi w tej okolicy odpowiada. W przestworze tym wydarzają się ropienia ostre lub przewlekłe, powstające bądź to na miejscu, bądź to w odleglejszych ogniskach biorące początek. Autor obserwował 5 przypadków ostrego, ropnego zapalenia w przestworze podpępkowym u 5 mężczyzn i na ich podstawie przychodzi do wniosku, że najprawdopodobniejszą przyczyną jego jest uraz. Obraz ogólnych objawów rozpoczynają dreszcze, całemu przebiegowi towarzyszy gorączka od 38·5 do 39·5. Do tego dołączają się bóle brzucha, rozpromieniające się od pępka, potęgujące się za ruchami a jeszcze bardziej za uciskiem na powłoki brzuszne. Stósownie do tego zmuszeni są chorzy leżeć spokojnie na grzbiecie z torem oddechowym żebrowym. Dalej zjawiają się wymioty mas śluzowych, później żółciowych zwiększające się za użyciem pokarmów i napojów, co znów potęguje bóle; tętno szybkie i małe, pragnienie i uczucie strachu. Objawy te w większym stopniu łatwo mogą sprowadzić pomyłkę rozpoznawczą na korzyść zapalenia otrzewnej lub niedrożności jelit, co do tej, zwłaszcza dlatego, że brak stolca i wiatrów, których chorzy z obawy przed powiększeniem się bólów nie oddają. Po 2 do 4 dniach objawy te ustępują powoli, ból zaczyna ograniczać się do okolicy podpępkowej, wreszcie występuje na tem miejscu zaczerwienienie skory i wyraźny obrzęk. Za obmacywaniem teraz możliwem daje się wykazać naciek trójkątny, nieprzesuwalny, podstawą ku górze zwrócony; skóra nad nim przesuwalna, ale nie dająca się w fałd ująć, wypuk stłumiony; naciek cały daje się z powłokami brzusznymi unieść ku górze. W 9 do 12 dni wyrabia się wyraźny, ograniczony guz eliptyczny, wielkości pęcherza moczowego. Leczenie polega z chwilą ustalenia się rozpoznania na nacięciu szerokiem przez powolne preparowanie i wyskrobaniu, następnie tamponowaniu gazą jodoformową; z chwilą ustania sekrecyi szew. Rokowanie przy takiem postępowaniu pomyślne; zagojenie następuje rychło i bez powikłań. Inaczej cokolwiek rzecz się ma z przewlekłemi ropieniami przestworu podpępkowego, które jeszcze rzadziej występują, niż ostre. Tło tutaj stanowi najczęściej gruźlica lub promienica; przebieg, objawy ogólne i zejście zupełnie podobne, jak w takich sprawach w innych okolicach ciała. Na uwagę tylko zasługuje nierzadkie przebicie ropnia do jelit i w parze z tem idąca przetoka kałowa. Ze spraw chorobowych, które w odleglejszych ogniskach biorą początek, aby następnie dosięgnąć przestworu podpępkowego, zasługują na wymienienie ropnie opadowe, najczęściej z żeber lub mostka, ropnie wątroby, wreszcie ropienie po zapaleniu naokoło kątnicy. Również na tle bąblowca i raka, rzadziej pierwotnie, częściej przerzutowo tu się zjawiającego spostrzegano ropienie w przestworze podpępkowym. (*Sammlung klin. Vorträge.* Zeszyt 89. 1894). *Dr. Kaczyński.*

Patologia.

Pagano: Działanie toksyczne limfy i krwi.

Wobec znaczenia, jakie ma obecnie leczenie surowicą, mają badania autora tyczące się działania trującego krwi i limfy jednego gatunku zwierząt na inny pewną wagę. Autor przekonał się, że zarówno krew jak i limfa działają szkodliwie na ustrój innego zwierzęcia, pierwsza energiczniej od drugiej. Działania tego nie można przypisywać niszczeniu ciałek krwi, które pod wpływem limfy nie ulegają zmianie. Mamy tu do czynienia ze substancyami trującemi, których ilość może zwiększać się pod wpływem pewnych stanów chorobowych i które pochodzą ze krwi samej. Doświadczenia na psach i królikach przekonały autora, że działanie zabójcze przelanej krwi polega nie na rozpuszczaniu się ciałek, lecz na zwiększeniu się krzepliwości krwi. (*Archivio per la Scienze med. XVI.* Zeszyt III). *Beck.*

Zapiski terapeutyczne.

— N. P. Simanowsky (z kliniki laryngologiczno-otyatrycznej w Petersburgu): O leczeniu chorób górnych dróg oddechowych ortochlorofenolem i parachlorofenolem. Jeszcze w roku 1890. przekonał się P. M. Pelechin, że mięszanina chlorku wapna z kwasem karbolowym odraża czyli desinfekcyonuje w równych okolicznościach mocniej, niż każda z tych substancyj z osobna, W. R. Dianin zaś wykrył, że z działania tych dwóch ciał na siebie powstają nowe połączenia, chlorofenole. Z poszukiwań w pracowni prof. Nenckiego wypada dalej, że zarodniki zarazy śledzionowej nie ginące nawet po 20-tu dniach w 5% kwasie karbolowym giną w 2% rozczynach parachlorofenolu po 2 godzinach, metachlorofenolu po 10 godzinach a ortochlorofenolu po 4 dniach.

Te okoliczności skłoniły autora do prób terapeutycznych z ortochlorofenolem i parachlorofenolem w chorobach gardła i krtani.

Ortochlorofenol jestto płyn oleisty, wonią przypominający kwas karbolowy, tężejący w ciepłocie 7° a wrzący

w 175 do 176°. Z wyskokiem, eterem, gliceryną, tłuszczami i olejkami eterycznemi mięsza się w każdym stósunku, w wodzie zaś rozpuszcza się mało (w ciepłocie 20° tylko 2·5%). Parachlorofenol jest w zwykłej ciepłocie ciałem stałem, krystalicznem. Kryształy te topią się w 37° i tworzą płyn wrzący w 217°. Smak i zachowanie się względem różnych substancyj płynnych podobne, jak ortochlorofenolu, w 20° tworzy z wodą rozczyn tylko co najwięcej 1·9%. Obydwa te połączenia chemicznie czyste wyrabia znana fabryka Dra F. Heydena w Radebeul pod Dreznem.

Autor używał obydwóch chlorofenolów głównie w gruźlicy tudzież w przeroście i przewlekłem obrzmieniu błony śluzowej górnych dróg oddechowych w rozczynach glicerynowych 5%, 10% i 20% albo w postaci czystego, roztopionego parachlorofenolu. Miejsce schorzałe pomazywano pędzelkiem lub pęczkiem waty albo za pomocą strzykawki Heryngowskiej wstrzykiwano płyn wymieniony. Ból po zastósowaniu parachlorofenolu jest nieznaczny i twa krótko; z tem wszystkiem dobrze jest u osób tkliwych pomazać miejsca, na które ma przyjść wiadomy przetwór, rozczynem 10% wodochlorku kokainy. Pod względem praktycznym ważną jest okoliczność, że po użyciu rozczynów nawet 10 i 20% nie ma żadnego odczynu. Autor przekonał się o pomyślnem działaniu podanego sposobu terapeutycznego w zmianach gruźliczych krtani i gardła; wrzody czyściły się, podmiotowe dolegliwości zmniejszały się, chrypka ustępowała. Działanie było tem lepsze, im powierzchowniejszemi były zmiany gruźlicze; zmiany głębokie wymagały leczenia nawet kilkomiesięcznego. Wypadek ostateczny zależy oczywiście od skutku leczenia ogólnego.

Autor zaleca nader gorąco ortochlorofenol i parachlorofenol w przewlekłych zgrubieniach i obrzmieniach błony śluzowej nosa i gardła.

Również okazało się skutecznem użycie wymienionych przetworów w ropnych zapaleniach ucha środkowego i jamy Highmora.

Autor sądzi, że parachlorofenol ma bezwarunkowo wyższość nad innemi środkami, w gruźlicy krtani dotychczas używanemi, jak kwasem mlekowym, jodoformem, pioktaniną, mentolem i t. p. *(Therapeutische Mtshefte.* Lipiec 1894).

— O. Feige: Przyczynek do leczenia błonicy gardła. Autor używając długo napróżno rozmaitych środków wewnętrznych i zewnętrznych, miejscowych i ogólnych a bojąc się użyć sinku rtęci, *hydrargyrum cyanatum* (por. przepis nr. 59. str. 274. nru 20. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.), postanowił spróbować pomazywań półtora chlorkiem żelaza już dawniej zaleconych.

W tym celu rozczynem półtorachlorku żelaza nieroztworzonym, tylko takim, jak go przepisuje farmakopea *(liquor ferri sesquichlorati)* pomazywał po dwa razy dziennie miejsca przez błonicę zajęte. Jestto wprawdzie postępowanie dla dzieci nadzwyczaj przykre, autor sądzi jednak, że tam, gdzie chodzi o poskromienie groźnego niebezpieczeństwa, nie wolno uwodzić się litością nie na miejscu. Zresztą trzy lub cztery pomazania wymienionym płynem zazwyczaj wystarczają do przełamania choroby, poczem zadaje się przez kilka dni wewnętrznie 3 do 4% rozczyn chloranu potasowego, zewnętrznie daje okłady Prissnitzowskie na szyję i wciera szaruchę w obrzmiałe gruczoły limfatyczne. Gorączka nie wymaga, zdaniem autora, osobnego leczenia. Co do jedzenia i picia, dawano chorym jaja, mocne rosoły, spore ilości Tokaju a na poskromienie pragnienia wodę, odwar z kwiatu lipowego, limonadę, wino czerwone z cukrem i t. p.

Na towarzyszącą zazwyczaj błonicy gardła błonicę nosa autor nie uważał, spływającą bowiem z nosa do gardła wydzielinę czynił nieszkodliwą już półtorachlorek żelaza a zresztą w błonicy gnilnej główne niebezpieczeństwo tkwi w przejściu choroby na krtań, czego właśnie unika się przez użycie półtorachlorku żelaza w sposób co właśnie podany.

Na 36 chorych tak leczonych a mających od ½ do 40 lat życia stracił autor tylko jednego trzechletniego z niezwykle wielkiem obrzmienie gruczołów limfatycznych; w żadnym przypadku, nawet w tym jednym zakończonym niepomyślnie, nie przyszło do zajęcia krtani ani do porażeń pobłoniczych.

Na podstawie przeto takiego doświadczenia zaleca autor gorąco rozczyn półtorachlorku żelaza do dalszych prób w leczeniu błonicy nie uważając go jednak bynajmniej za środek skuteczny w każdym bez wyjątku przypadku. *(Therapeutische Monatshefte.* Lipiec 1894).

— Do przyrządzania proszku mięsnego, niekiedy bardzo w odpowiednich przypadkach przydatnego poleca Huggard następujący przepis: mięso chude, pokrajane na cienkie paski zanurza się na kilka minut do gorącego tłuszczu, dopóki nie nabierze barwy brunatnej, poczem kładzie się na chwilę na sito, następnie sieka drobno i suszy powoli przez 24 godzin w piecu przy powolnym ogniu i miele w zwykłym młynku od kawy. Proszek mięsny w ten sposób otrzymany ma smak i zapach bardzo przyjemny, jest nader strawny i utrzymuje się w suchości i po usunieniu wpływu powietrza dosyć długo w dobrym stanie.

— *Tinctura strophanti* przeciw okresowemu opilstwu. Na podstawie przypadkowego spostrzeżenia, w którem po użyciu *tincturae strophanti,* zadanej w celu podniesienia upadającej czynności serca u pijaka podczas napadu okresowego opilstwa widziano nudności i wstręt nieprzezwyciężony a trwały do wyskoku, użył Skworcow u dwóch jeszcze chorych, podlegających napadom opilstwa z bardzo dobrym skutkiem wymienionego nastoju i przekonał się, że lek ten wywoływał u nich nudności a potem obfite poty i trwale wyleczył ich z opilstwa. *(Le Formulaire.* Lipiec 1894).

— Przeciw bólowi głowy w chorobach serca i nerek zaleca się użycie pigułek podług przepisu:

88)	Rp.	*Pulv. foll. digitalis*	*1·00*
		Antipyrini	*10·00*
		Coffeini	*1·50*
		Natrii benzoici	*2·00*
		Cocaini muriatici	*0·50*
		Opii pulverati	*0·50*
		Pulv. radd. cort. chinae	
		Glycerini	*āā q. s.*
		F. l. a. pill. quinquaginta.	

S. Zażywać po 1 do 5 pigułek w miarę potrzeby.

(La médecine moderne. 32. 1894).

— Przeciw liszajowi *(herpes)* części płciowych zaleca Besnier — jeżeli jest suchy, maść:

89)	Rp.	*Lanolini*	
		Ungti cinerei	*āā 5·00*
		Olei olivarum	*2·50*

jeżeli zaś jest wilgotny, obmywanie słabym roztworem kwasu karbolowego lub borowego a następnie zasypywanie proszkiem:

90)	Rp.	*Amyli*	*20·00*
		Bismuthi subnitrici	*0·20*
		Tannini	*1·00*

MDS. Zewnętrznie.

(Annales de médecine. 23. Maja 1894).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 16. Maja 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmian.

2) Kol. Przewodniczący przedstawia list z Towarzystwa Lekarzy galicyjskich, zapraszający Tow. Lek. krakowskie do wyboru jednego członka do komitetu sędziów wystawy lwowskiej i proponujący na te

godność jednego z delegatów Tow. Lek. Krak. do Rady zarządzającej. W myśl wniosku komitetu Towarzystwa wybrano kol. Dra Bylickiego Władysława ze Lwowa.

3) Przed rozpoczęciem porządku dziennego zabrał głos kol. Poniklo w następującej sprawie:

Za inicyatywą naszego Towarzystwa ustanowił komitet centralny Zjazdu międzynarodowego w Rzymie osobny komitet polski, równorzędne z innymi stanowisko zajmujący. Zdaniem mojem zasłużył Przewodniczący tego komitetu na uznanie z naszej strony, że myśl tu powziętą przeprowadził z całą sumiennością i w Rzymie w sposób godny narodowość naszą reprezentował. Wnoszę przeto: Towarzystwo Lekarskie krakowskie uchwali wyrazić prof. drowi Cybulskiemu uznanie za kierowanie komitetem polskim na Zjeździe międzynarodowym w Rzymie i poleci zapisać to w protokóle posiedzenia dzisiejszego (Spraw. wł.). Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

4) Kol. Kryński przedstawia preparat z operacyi wykonanej przed kilku godzinami w klinice chirurgicznej przez prof. Rydygiera. Przypadek dotyczy mężczyzny 42-letniego, u którego przed 7 miesiącami powstał w jamie brzusznej guz, mający w chwili operacyi wielkość dwóch pięści dorosłego mężczyzny. Guz ten zarówno przez cały czas swego rozwoju, jak też i podczas obserwacyi chorego w klinice nie sprawiał żadnych zgoła zboczeń ze strony przewodu pokarmowego. Co do własności guza, to przedstawił się on jako ciało miękkie, elastyczne, nie chełbocące, dość ruchome w jamie brzusznej, mieszczące się w prawem podbrzuszu, zkąd z łatwością można było wyprowadzić je poza linię środkową, ku górze zaś do brzegu żeber, przyczem podczas największego przesunięcia guza ku górze wyczuć było można przez powłoki brzuszne kilka mocno napierających się pasem idących od guza ku dołowi. Wątroba i nerki zarówno pod względem anatomicznym jak i czynnościowym przedstawiały się prawidłowo. Rozpoznawaliśmy przeto nowotwór złośliwy jelita, prawdopodobnie ślepego. Laparotomia dziś wykonana potwierdziła rozpoznanie guza, lecz okazała, iż siedliskiem jego było nie jelito ślepe, lecz cienkie, które zajęte było przez nowotwór w obszarze dwudziestu kilku centymetrów. Prof. Rydygier wyciął nowotwór wraz z częścią jelita i przecięte poprzecznie końce jego zeszył zwykłym szwem Czernego-Lamberta, wyjąwszy nadto powiększone najbliższe gruczoły chłonne krezkowe. Wydobyty preparat przedstawia guz o kształcie nieprawidłowo wrzecionowatym, otaczający naokoło odcinek jelita cienkiego i powstały głównie kosztem jego błon zewnętrznych, błona zaś śluzowa pokrywa od wnętrza światło jelita w całym prawie obszarze, z wyjątkiem powierzchni wielkości 2-ch złotych reńskich srebrnych, owrzodziałej i nierównej. Zasługuje również na uwagę ta okoliczność, iż światło jelita w miejscu nowotworu nietylko nie było zaciśnięte, lecz przeciwnie rozszerzone, tworząc wewnątrz guza dość obszerną jamę i tylko przy samym jego końcu, w miejscu przejścia w ścianę jelita zdrowego jest nieznaczne zwężenie światła jelita, które poniżej guza jest nieco węższe, niż tuż powyżej. Te dwie okoliczności: obecność błony śluzowej i brak zaciśnięcia światła tłómaczą nam ten na razie dziwny brak wszelkich zboczeń ze strony kiszek. (Późniejsze badanie mikroskopowe wykazało budowę guza mięsakową o komórkach drobnych, okrągłych. Chory w 3 tygodnie po operacyi opuścił klinikę w zupełnie dobrem zdrowiu).

W dyskusyi oświadcza kol. Obaliński, iż rozszerzenie wewnątrz guza stanowi następstwo zwężenia światła jelita na granicy nowotworu; zwężenie to, jakkolwiek niewielkie, utrudniało krążenie kału, na co wskazuje także i przerostowe zgrubienie ściany powyżej przeszkody. Mówca w ostatnich czasach operował także ciekawy przypadek kiszkowy, tylko że nie był to nowotwór, lecz promienica jelit; chora ta przedstawiona będzie na przyszłem posiędzeniu.

5) Kol. Zoll demonstruje nowy przyrząd t. zw. wojenny (*Kriegsapparat*) Hessinga, służący do ustalenia na polu bitwy uszkodzonej kończyny dolnej i objaśnia sposób jego użycia. Główną myślą wynalazcy było ze względu na wielkie trudności podania pierwszej pomocy w przyszłej wojnie wobec nowych, dalekonośnych pocisków, dać możność jak najczystszego opatrzenia rannej nogi tak, aby ranny w takim opatrunku o własnych siłach lub przy małej tylko pomocy był w stanie dostać się do lazaretu polowego.

W dyskusyi jest zdania kol. Rydygier, iż bez wypróbowania niepodobna orzec, o ile przyrząd taki okaże się praktycznym i odpowie dobrze swemu zadaniu. O ile jednak sądzić można na razie, nie jest użycie jego tak idealnie prostem i założenie wymaga stosunkowo dość czasu i umiejętności. Gdyby można mieć niższą służbę sanitarną wyćwiczoną w szybkiem zakładaniu tych przyrządów, to mogłyby one oddać usługi na polu bitwy i transportowanie w nich chorych byłoby niewątpliwie pewniejsze.

Kol. Obaliński przypuszcza, iż prelegent źle pojął myśl Hessinga, który nie chce, aby ranny ze zdruzgotaną nogą po założeniu takiego przyrządu mógł zaraz sam chodzić, lecz aby można go bez uszkodzenia przewieść do opatrzenia. Zresztą zdaniem mówcy, aparat Hessinga może nadać się dobrze nietylko jako opatrunek tymczasowy, lecz i jako przyrząd na stałe do leczenia złamań i w tym względzie zamierza mówca wypróbować działanie jego na chorych w szpitalu.

Kol. Kryński prosi prelegenta w celu wyjaśnienia nieporozumienia o przytoczenie oryginalnego twierdzenia samego Hessinga co do zastosowania i działania przyrządu.

Kol. Zoll odpowiada, iż w broszurze swej Hessing mówi wyraźnie, że ranny po założeniu przyrządu może wstać i iść o własnych siłach, co ogromnie ułatwi zadanie służby transportowej.

6. Kol. Obaliński okazuje nową maskę do narkozy eterowej według Wanschera, zmodyfikowaną przez Grossmanna, opisuje sposób jej użycia i w dłuższem przemówieniu na podstawie zarówno statystyki Gurlta jak i własnych obserwacyj wykazuje znakomite, zdaniem jego, zalety narkozy eterowej w porównaniu z chloroformową, która coraz więcej traci zwolenników na korzyść pierwszej.

W dyskusyi oświadcza kol. Wachholz, że zachwalanie narkozy eterowej nie jest nowością, albowiem od czasu, gdy w r. 1848. Simpson wprowadził chloroform jako środek znieczulający w miejsce zachwalanego przez angielskich i amerykańskich lekarzy eteru, pierwszy choć zdobył sobie w praktyce uznanie, to jednak od czasu do czasu ustępował miejsca eterowi, lecz na to tylko, aby znowu wrócić do pierwotnego swego znaczenia.

Cała wyższość narkozy chloroformowej polega na łatwości jej wykonania i na pewności skutku. Eter stosowany w ten sam sposób jak chloroform, przedłuża znacznie czas, zanim nastąpi narkoza albo bardzo często narkozy pożądanej nie sprawia, wreszcie przedłuża okres pobudzenia. Aby narkozę eterową uczynić łatwiejszą i w skutku pewniejszą, podali autorzy dawniejsi szereg odpowiednich masek, jak n. p. Clover, Ormsby, Hawksley i inni. Z kolei najnowszą maską, lecz zdaje mi się, również wartości efemerycznej, jest maska przedstawiona tu przez prof. Obalińskiego. Mówca sądzi, iż punktem słabym jej jest to samo, co i w innych skomplikowanych maskach dla narkozy eterowej, t. j. że za jej użyciem wprawia się chorego umyślnie w asfiksyą. Powietrze wydechowe trujące nie tyle przez obecność CO_2, jak raczej przez obecność pewnych lotnych produktów ze spalenia w ustroju powstałych, gromadzące się w pęcherzu i mięszające się z parami eteru może stać się dla chorego wprost zabójczem. Jeźli zaś, co jest koniecznem, od czasu do czasu będzie się maskę od ust chorego odejmować i zasilać ją świeżem powietrzem, wówczas, zdaje się, ta narkoza eterowa równie będzie niepewną w skutku i długą, jak w razie użycia eteru za pomocą zwykłej maski Esmarcha.

Jeżeli się mówi, że eter jest o wiele bezpieczniejszym od chloroformu, to tylko na tej podstawie, że działanie chloroformu jest o wiele lepiej wypróbowane, że większą liczbę narkoz dotąd nim wykonano a więc i więcej przypadków smutnych przy nim dostrzeżono. Jednak statystyka ze szpitali angielskich i amerykańskich przekonywa, że i eter daje znaczny a przynajmniej nie o wiele mniejszy procent śmierci. Zresztą pod względem toksykologicznym różnica działania eteru a chloroformu jest ta, że pierwszy poraża ośrodek oddechowy a drugi ośrodki serca. Który z nich zatem pod względem działania toksykologicznego lepszy, nie można rozstrzygnąć; i jeden i drugi niedobry.

Zbierając uwagi te, dochodzi mówca do przekonania, że tak maska Wanschera, jak i obecny zwrot ku narkozie eterowej będzie tylko przemijającym a jeźli nauka nasza nie zdobędzie jeszcze środka nowego, któryby odpowiedział zasadzie *cito et tuto*, wróci praktyka chirurgiczna do potępionego na razie chloroformu. (Sprawozd. własne).

Kol. Rydygier przytacza, iż w klinice chirurgicznej od lat 5-ciu używa się od czasu do czasu narkozy eterowej w tych głównie przypadkach, gdzie ma się do czynienia z chorymi bardzo osłabionymi lub ze zboczeniami serca. Jakkolwiek dotychczasowe wyniki są zupełnie pomyślne, mówca nie zapatruje się tak różowo na przyszłość narkozy eterowej, która ma także wiele stron ujemnych i sądzi, że nie wyruguje ona zupełnie chloroformu, z użycia którego przypadki śmiertelne prawie zawsze należy kłaść na karb nieuwagi narkotyzującego.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 26. Lipca 1894 r.

— **VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich** we Lwowie rozpoczął swe czynności w dniu 23. b. m. pierwszem ogólnem posiedzeniem odbytem w hali muzycznej na placu wystawy.

Zgromadzenie powitał imieniem komitetu gospodarczego protomedyk Dr. Merunowicz, tłómacząc zwróceniem się sił lekarskich ku walce z cholerą słabszy, niżby być powinien, udział lekarzy w wystawie i wskazując jako dobrą wróżbę bliskie już otwarcie wydziału lekarskiego we Lwowie, poczem na jego propozycyą wybrano przez aklamacyą prezesami honorowymi Zjazdu Włodzimierza hr. Dieduszyckiego, prof. Dra Ludwika Teichmanna i Dra Franciszka Hoszarda.

Na pierwsze posiedzenie ogólne wybrano prezesem prof. Dra Ignacego Baranowskiego z Warszawy, zastępcami prezesa Drów Augusta Kwaśnickiego z Krakowa, Ludwika Krzyżanowskiego, Teodora Dunina i Władysława Gosiewskiego wszystkich z Warszawy, sekretarzami Drów Ludwika Guranowskiego i Witolda Szumlańskiego, obydwóch z Warszawy, Józefa Siemiradzkiego i Ignacego Zakrzewskiego, obydwóch ze Lwowa.

Na drugie posiedzenie ogólne wybrano prezesem prof. Dra Alfreda Obalińskiego z Krakowa, zastępcami prezesa Dra Jana Szumana z Torunia, prof. Dra Augusta Witkowskiego z Krakowa, Bronisława Znatowicza z Warszawy i aptekarza Szymańskiego z Poznania, sekretarzami proff. Drów Juliana Schrama z Krakowa i Władysława Niemiłowicza ze Lwowa, Drów Konstantego Sierpińskiego z Warszawy i Rudolfa Zubera ze Lwowa.

Po krótkiem przemówieniu Włodzimierza hr. Dieduszyckiego dziękującego za wybór, zabrał głos prof. Dr. Ignacy Baranowski obejmując przewodnictwo posiedzenia, oddał hołd pamięci inicyatora Zjazdów Dra Adryana Baranieckiego i wskazał na postęp piśmiennictwa lekarskiego polskiego w ostatnich 25 latach, poczem powitali zgromadzonych Dr. Franciszek Hoszard imieniem Wydziału krajowego, Dr. Mochnacki, prezydent imieniem miasta Lwowa i Adam książę Sapieha imieniem Dyrekcyi wystawy.

Następnie odczytano telegramy i listy zawierające życzenia dla prac Zjazdu.

Z Krakowa nadesłał JEks. P. Minister wyznań i oświaty Dr. Stanisław Madejski telegram: Nie mogąc osobiście Panów powitać, ślę najserdeczniejsze życzenia, aby Wasze obrady wydały plon bogaty.

Z Warszawy wyrazili życzenia Dr. Alfred Sokołowski, Dr. Bolesław Gepner, Dr. H. Dobrzycki imieniem redakcyi *Medycyny*, Dr. Pawiński i Dr. Sommer, z Poznania prof. Dr. Wicherkiewicz imieniem Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Benzelstjerna Engestroem imieniem zarządu tegoż Towarzystwa, Dr. Heliodor Święcicki i Dr. Bolesław Kapuściński, z Ciechanowa Dr. Rajkowski, z Krakowa Dr. Domański imieniem redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, prof. Drowie Pareński i Rydel. JEks. Dr. Majer nadesłał list, w którym usprawiedliwia się, iż z powodu niedomagania na zdrowiu, nie może brać udziału w Zjeździe i przesyła serdeczne życzenia dla prac Zjazdu.

Na wniosek Włodzimierza hr. Dieduszyckiego uchwalono wysłać do JEks. Dra Majera telegram z podziękowaniem za życzenia.

Następnie odczytano dalsze telegramy: z Karlsbadu od Dra M. Reichmanna, z Fryburgu w Szwajcaryi od prof. Dra Józefa Kowalskiego, z Pragi od Dra K. Chodounskyego i od redakcyi Czasopisu lekarzy czeskich, z Krynicy od Dra Kopffa i radcy Sokołowskiego, z Kissingen od Dra Franciszka Chłapowskiego, prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego i ze Szczawnicy od Dra Władysława Ściborowskiego.

Z porządku dziennego miał prof. Dr. Ludwik Teichmann, powitany przeciągłemi oklaskami, odczyt: O ogólnych stósunkach mózgu ludzkiego i okazał preparaty tego organu zrobione własnym a osobliwym sposobem. Hucznemi oklaskami podziękowano prelegentowi za ten wykład.

Do komisyi mającej przedstawić wnioski w sprawie przyszłego Zjazdu wybrano Drów Drobnika z Poznania, prof. Jordana z Krakowa i prof. Fabiana ze Lwowa.

Referenci komitetu gospodarczego zdali sprawę z wykonania uchwał poprzedniego Zjazdu w Krakowie odbytego.

Zaprosili członków Zjazdu: Włodzimierz hr. Dieduszycki do zwiedzenia swego muzeum, prof. Dr. Kadyi do zwiedzenia budujących się zakładów przyszłego Wydziału lekarskiego we Lwowie a poseł i członek Wydziału krajowego Dr. Hoszard do zwiedzenia zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Zjazd podzielił się na 13 sekcyj. Zapowiedziano referatów lub wykładów w sekcyi medycyny teoretycznej 44, w sekcyi higieny i medycyny sądowej 26, w sekcyi medycyny wewnętrznej 27, w sekcyi chirurgicznej 17, ginekologiczno-położniczej 24, okulistycznej 10, weterynarskiej 10, chemiczno-farmaceutycznej 20, matematyczno-fizycznej 8, geograficzno-geologicznej 9, zoologicznej 7, wreszcie w botanicznej 5.

Z dalszego przebiegu Zjazdu możemy w tej chwili tylko w krótkości zdać sprawę. Po południu dnia 23., dnie 24. i 25. b. m. poświęcono na posiedzenia sekcyjne, odbywające się po dwa razy dziennie a w wolnych od posiedzeń chwilach zwiedzano miasto, szpitale i wystawę. Wieczorem dnia 25. b. m. odbył się bankiet z udziałem koło 400 osób, między niemi wiele pań.

Dnia 26. b. m. odbyło się w hali muzycznej na placu wystawy drugie ogólne a zarazem ostatnie posiedzenie Zjazdu.

Dr. Nussbaum z Warszawy miał odczyt: O wpływie czynnika duchowego na sprawy chorobowe, poczem uchwalono cały szereg wniosków sekcyjnych i postanowiono, że przyszły Zjazd odbyć się ma w Poznaniu.

Po przemówieniach prof. Dunikowskiego, Włodzimierza hr. Dieduszyckiego, Gorajskiego, Dra Szumana i prof. Obalińskiego zamknięto Zjazd o wpół do 2-giej po południu.

Po Zjeździe ma odbyć się wycieczka jednodniowa w góry stryjskie i kilkudniowa do zdrojowisk krajowych.

— Towarzystwa antropologiczne niemieckie i wiedeńskie odbędą swe drugie zebranie w Inspruku od 24. do 28. Sierpnia. Zagai je prof. Virchow.

Redakcya otrzymała:

Dr. K. Szadek (z Kijowa): Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałków i przełyku. (Odbitka z *Przeglądu chirurgicznego*).

Doc. Dr. R. Trzebicky (z Krakowa): Ein Beitrag zur osteoplastischen Resektion des Fusses nach Wladimirow-Mikulicz. (Odbitka z *Wiener med. Wochenschrift*).

Dr. Jan Prus (we Lwowie): O działaniu na krew i wartości dyagnostycznej malleiny. (Odbitka z *Przeglądu weterynarskiego*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 4. Sierpnia 1894 r. Nr. 31.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

L e c z e n i e musi być oczywiście rozmaite w ciąży, podczas porodu i w połogu. Mając przed sobą osobę, u której obok ciąży rozwija się guz jajnika, trzeba sobie przedewszystkiem zadać pytanie: wyczekiwać czy działać? Odpowiedź nie jest ani prosta ani łatwa. Z chwilą, kiedy postanawiamy w y c z e k i w a ć, bierzemy na siebie niejako odpowiedzialność za te niemiłe, groźne, często śmiertelne powikłania, które wystąpić mogą a których uniknąć można na pewne lub prawdopodobnie racyonalnem a czynnem leczeniem. Mówiąc d z i a ł a ć a więc operować, nie wiemy nigdy z góry, czy w danym przypadku nasza pomoc nie sprowadzi śmierci matki i dziecka i to w przypadku, który bez pomocy byłby miał może przebieg o wiele korzystniejszy. Więc wahanie się jest usprawiedliwione a decyzya często istotnie trudna. Zanim jednak podam zasady, które mają ułatwić tę decyzyę, zastanowić się trzeba naprzód, na czem polega leczenie, ocenić następnie jego wartość i niebezpieczeństwo a w końcu zestawić z niebezpieczeństwem łączącem się z wyczekiwaniem.

Rzeczą jest jasną, że leczenie musi być operacyjne. Wychodzimy z założenia, że niebezpieczeństwo w naszych przypadkach nie tkwi w tem, że rośnie guz jajnikowy, ani tem mniej w tem, że ciąża postępuje, tylko jedynie w tej okoliczności, że rośnie guz jajnika u c i ę ż a r n e j, innymi słowy, że postępuje ciąża u osoby m a j ą c e j g u z j a j n i k a. Więc wikłanie się dwóch tych spraw stanowi główne niebezpieczeństwo. Ztąd logiczny wniosek: rzecz należy rozwikłać; osoba leczona musi albo przestać być ciężarną albo musi pozbyć się guza jajnikowego, więc p o r o n i e n i e s z t u c z n e albo o w a r y o t o m i a. To są dwa główne sposoby leczenia; zobaczymy później, że nie jedyne. Który z nich jest lepszy? Nie jest to wprawdzie rzeczą właściwą ani dobrą oceniać zalety lub wady sposobów leczenia czysto teoretycznie, przy zielonym stoliku, ale mimo to porównanie tych dwóch tak do siebie niepodobnych sposobów leczenia, nasuwa się samo przez się. Tym razem na szczęście wynik rozumowania teoretycznego jest w zgodzie z praktyką i jej rozstrzygającymi na tę rzecz poglądami.

Co mają te dwie metody wspólnego? To, że usuwają jednę z dwóch wikłających się spraw a zostawiają drugą. Różnica i to wielka, wprost rozstrzygająca na korzyść owaryotomii tkwi w tem, że operacya ta usuwa to, co jest właściwie chorobą i pozostawia kobietę zdrową nawet w pełni zdrowia, bo ciężarną, poronienie zaś sztuczne usuwa chwilowe niebezpieczeństwo, ale nie leczy kobiety. Pozostaje w jej ciele guz jajnika, sprawa, jak wiadomo, bardzo groźna, w której wcześniej czy później trzeba będzie operować. Więc dylemat, jaki nam przychodzi rozstrzygnąć, nie brzmi właściwie: o w a r y o t o m i a czy s z t u c z n e p o r o n i e n i e, tylko o w a r y o t o m i a czy s z t u c z n e p o r o n i e n i e i o w a r y o t o m i a i w tym dodatku tkwi właśnie rdzeń całej kwestyi. Ba, gdyby ta owaryotomia w ciąży była szczególnie trudna lub połączona z niezwykłemi jakiemiś niebezpieczeństwami, powiedzmy krótko: c i ę ż k a a ta druga, którą trzeba robić po przerwaniu ciąży, łatwa i znacznie mniej niebezpieczna, powiedzmy ł a g o d n a, to dodając te dwa przymiotniki, mielibyśmy do rozstrzygnięcia kwestyę: o w a r y o t o m i a c i ę ż k a czy p o r o n i e n i e s z t u c z n e i o w a r y o t o m i a ł a g o d n a a wtedy możnaby się wahać. Ale, jak wypada ze zestawień statystycznych, to owaryotomia wykonywana w ciąży, nie jest wcale cięższą od zwykłej, od tej,

którą przerwawszy poprzód ciążę, trzeba będzie wykonać u nieciężarnej a choć to brzmieć będzie dziwnie i wyglądać na kontradykcyę, powiem, że raczej ta owaryotomia w ciąży jest łagodną a ta późniejsza cięższą; cięższą o tyle, o ile każda później wykonana owaryotomia jest niekorzystniejszą od owaryotomii we wczesnym okresie rozwoju guza. A jeżeli nadto zważymy, że przerwanie ciąży wczesne poświęca życie dziecka a owaryotomia w ciąży w przeważnej liczbie przypadków je ratuje, to ta owaryotomia wyda nam się przecież sposobem leczenia znacznie racyonalniejszym. Ten dodatek, t. j. poświęcenie dziecka nie jest wcale bez znaczenia; ażeby tego uniknąć, proponowano (Barnes) poród przedwczesny. Ustanawiając wskazania lecznicze, zobaczymy, że sposób ten znajdzie bardzo wyjątkowo zastósowanie.

Winckel[1]) przytacza jedenaście w ten sposób leczonych przypadków, z których trzy zakończyły się śmiercią płodów; wyniki więc bynajmniej do naśladowania nie zachęcające.

W pośrodku pomiędzy owaryotomią a przerwaniem ciąży jest jeszcze jeden sposób leczenia, który ma to wspólne z wywołaniem poronienia, że nie jest radykalny, podobny zaś jest o tyle do owaryotomii, że zwraca się przeciw torbielowi jajnikowemu a ma na celu utrzymanie ciąży. Mam na myśli nakłucie guza. Sposób ten, zachwalany przedewszystkiem przez Spencera Wellsa, znalazł też i znajduje niejednokrotnie zastósowanie. Ma on na celu pomniejszenie guza a przez to usunięcie tych groźnych lub nieprzyjemnych przypadów, które zostają w związku z wielkością guza, t. j. duszności, obrzęków kończyn, grożącego poronienia i t. p. Nie potrzeba dodawać, że do tego rodzaju leczenia nadają się tylko guzy jednokomorowe lub niewielokomorowe, nigdy zaś torbielaki, torbiele skórzakowe (dermoidalne) a tem mniej guzy stałe. Sposób ten nie jest bynajmniej tak niewinny, jakby to się wydawać mogło. Charpentier[2]) i Vinay[3]) zebrali przypadki przytoczone w monografii Rémyego, w rozprawie Steiberga i niektóre rozrzucone w piśmiennictwie i zestawiają razem 95 przypadków punkcyj (u 59 kobiet). Zabieg był przyczyną zejścia śmiertelnego w 5-ciu, przerwania zaś ciąży w 8-iu przypadkach. W jednym przypadku nakłuto najprawdopodobniej macicę (*Atlee*), w innych zakażenie otrzewny było przyczyną śmierci. Zresztą punkcya jest zabiegiem, który się robi napół po ciemku, przez co naraża się pacyentkę i siebie na nieprzewidziane i niemiłe zdarzenia. Naprzód przekłucie tętnicy nabrzusznej (*art. epigastrica*) lub jakiejś grubszej gałązki mięśniowej tejże tętnicy może wywołać, jak w przypadku Trzebickiego[4]) groźny krwotok. Ale jeżeli nawet, jak zupełnie słusznie radzi Trzebicky, nakłuwa się w linii środkowej brzucha, to mimoto nie jest się pewnym skutku. Można wprawdzie uniknąć nadwerężenia naczyń w powłokach a więc krwotoku, ale tylko w przypadkach, w których nakłuwa się same powłoki n. p. wobec wolnego płynu w jamie brzusznej. Tu znajomość prawidłowego przebiegu większych naczyń chroni nas od tego niemiłego powikłania. Inaczej w przypadkach, w których oprócz powłok przekłuwa się i ścianę guza; tu nigdy nie wiemy, czy trójgraniec nie uszkodzi jakiegoś większego naczynia w ścianie torbiela. Jako przykład, że to stać się może, niech posłuży przypadek, który obserwowałem w Październiku 1893, w czasie kiedy zastępowałem ś. p. prof. Madurowicza.

Chora L. J., lat 27., przysłana do kliniki przez kol. Dra A. Lorentskiego, który w liście opisującym stan chorej podaje, że rozpoznanie jego waha się między torbielem jajnika a bąblowcem (*echinococcus*). Pomimo kilkakrotnego badania nie byliśmy w stanie rozstrzygnąć tej wątpliwości a niektóre objawy, n. p. szmery i tarcie w guzie przemawiały pozornie za rozpoznaniem bąblowca. Dnia 23. Października 1893. nakłułem guz strzykawką Pravaza w linii środkowej pod pępkiem; w płynie wydobytym miałem zamiar szukać haczyków. Wydobyto płyn krwawo zabarwiony, w którym nie znaleziono haczyków. Mniej więcej w 3 kwadranse po punkcyi chora osłabła nagle, zaczęła się żalić na dolegliwe bóle w brzuchu i ciepłota nie poprzedzona dreszczem doszła 39·8° C. Badanie wykazało objawy anemii i znaczną bolesność nad talerzem biodrowym lewym. Zalecono spokój i zimne okłady. Wieczorem 40·2°, tętno wyżej 120.

24. Października. Ciepłota rano 38·6, tętno 120, mocna bolesność brzucha, wieczorem wyżej 40°.

25. Października. Rano 38·5, tętno 112. Badanie przez pochwę wykazuje w tylnem sklepieniu opór bardzo bolesny, pochodzący od krwi wynaczynionej. Wieczorem 38·7, t. 116.

Taki stan trwał jeszcze dni kilka. Laparotomia w kilka tygodni potem wykonana, potwierdziła w zupełności rozpoznanie. Świeże zlepy i włóknik świadczyły o przebyciu krwotoku. Torbiel jajnika wyjęto, pacyentka zdrowa opuściła klinikę.

W miarę malejącego coraz bardziej niebezpieczeństwa owaryotomii, zakres wskazań do punkcyi zmniejsza się i dziś przeważna liczba autorów (Engström[1]), Fehling[2]), Vinay, Müller[3]), Reuter[1]), Pozzi[1]), Schröder[1]), Winckel[1]) i wielu innych), zaleca nakłucie guza w ciąży tylko w tych przypadkach, w których owaryotomia nie da się wprost wykonać lub w wysokim jest stopniu niebezpieczna, rozmiary zaś guza znaczne. Często nie będzie można ograniczyć się do jednej punkcyi; wiadomo powszechnie, jak szybko płyn zbiera się w tych nakłutych torbielach w przypadkach niczem niepowikłanych; domyślać się zaś można, że u ciężarnych ten powtórny wzrost guza nie odbywa się wolniej, że więc kilkakrotne punkcye u jednej ciężarnej, jak w przypadku Heckera[4]), nie należą bynajmniej do rzeczy rzadkich. Natomiast do wyjątków chyba należy przypadek Pippingskjölda, w którym po punkcyi nastąpiło radykalne wyleczenie. Rémy opierając się na swojej statystyce, utrzymuje, że te późniejsze punkcye są niebezpieczniejsze od pierwszej. Jeżeli przeto porównywamy ze sobą owaryotomię i punkcyę, to na korzyść pierwszej musimy powiedzieć, że robi się ją u danej chorej tylko raz i że jest radykalna, gdy tymczasem punkcya musi być czasem powtórzoną i nie zabezpiecza chorej bynajmniej od owaryotomii. Nasz przeto dylemat znowu nie brzmi: „owaryotomia czy punkcya?“ tylko „owaryotomia z jednej strony czy dwie, trzy, czasem i więcej punkcyj i owaryotomia z drugiej strony“.

Te uwagi wystarczą ażeby przekonać, że punkcya zachwalana przez Spencera Wellsa nie może konkurować

[1]) Winckel: Lehrb. d. Geb. 1893.
[2]) l. c.
[3]) Vinay: Traité des maladies de la grossesse. 1894.
[4]) Trzebicky: *Przegląd lekarski* 1890. Nr. 32—34.

[1]) l. c.
[2]) Fehling: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893.
[3]) Müller: Die Krankheiten des weiblichen Körpers.
[4]) Hecker: Klinik der Geburtskunde. 1864. p. 35.

z owaryotomią, tylko co najwięcej zastępować ją w niewielu wyjątkowych przypadkach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Mewis podał opis 33 przypadków, w których kobiety zakażone kiłą podczas ciąży, urodziły pomimoto zdrowe i wolne od kiły dzieci; Hecker zaś spostrzegał 46 podobnych przypadków, które zdaniem jego najzupełniej przemawiają przeciwko łożyskowemu zarażeniu się kiłą. Tego rodzaju przypadki przytrafiały się też Koebnerowi[1]), Fraenklowi[2]), Chiarleoniemu[3]), Engelstedtowi[4]), Herholdowi[5]) i Fournierowi[6]). Zwolennicy teoryi łożyskowego zarażenia się płodu od matki twierdzą, iż podobne spostrzeżenia wcale nie obalają tej teoryi, albowiem u dzieci zrodzonych z matek, które nabyły kiły podczas ciąży, kiła może niekiedy ukazać się dopiero w późniejszym wieku w postaci trzeciorzędnej *(syphilis hereditaria tarda)*, lecz w odpowiedzi na to musimy tu przytoczyć, iż istnienie spóźnionej kiły dziedzicznej wcale nie jest dowiedzionem; objawy zaś trzeciorzędne w podobnych przypadkach poprzedzane są drugorzędnymi, które występowały w pierwszych miesiącach życia dziecka, lecz były przeoczone.

Schroeder i Mangari byli zdania, że zarażenie płodu kiłą za pośrednictwem krążenia krwi przez zdrowe łożysko jest niemożliwem; przypuszczają jednak, iż mogą się znaleść przypadki, w których w skutek rozmaitych zmian chorobowych powstają w naczyniach krwionośnych łożyska i ustroju stósunki ułatwiające przenikanie organizowanych ciałek przez łożysko.

Wobec przytoczonych wyżej danych, musimy przyjść do wniosku, iż łożyskowe zarażenie się płodu kiłą od matki jest bardzo wątpliwem, wiele zaś spostrzeżeń dowodzi, iż w zwykłych okolicznościach przyrzut kiłowy nie może przeniknąć przez łożysko. Przyjąć wszakże należy, że w wyjątkowych stósunkach, mianowicie jeśli w łożysku powstaną zmiany organiczne, zawieszające prawidłową jego czynność, jako filtru, przyrzut kiłowy może przeniknąć z obiegu krwi matki do ustroju płodu. Że takie stósunki mogły sprowadzić zarażenie się płodu kiłą w niektórych rzadkich przypadkach (Vajdy, Zeissla, Barduzziego, Schlichtera), zaprzeczać temu stanowczo nie będziemy, chociaż, jak to już wyżej nadmieniliśmy, kiła dziecka i w wymienionych przypadkach mogła być dziedzicznego pochodzenia a nie wrodzoną i zawdzięczać swe pochodzenie nie chorobie matki, lecz nasieniu kiłowego rodzica.

[1]) l. c. str. 110—112, 114—115.
[2]) Ueber Placentarsyphilis. Breslau 1873, str. 47—51.
[3]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1875. 2, str. 380.
[4]) Ugeskrift for. Laeger. 1877. XXI. 13, 14.
[5]) Ueber Lues hereditaria. Inaug. Dissert. Berlin 1884, str. 29—32.
[6]) l. c. str. 252—262.

Dodać tu należy, iż przeciwko teoryi śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą przemawiają też przypadki, w których dzieci spłodzone przez kiłową matkę, zarażały się od niej już po urodzeniu. Podobne przypadki spostrzegali Obtułowicz[1]) i Arning[2]).

Przypadek Obtułowicza tyczył się kobiety, u której w 8-mym miesiącu ciąży na wardze sromnej powstał wrzód stwardniały, następnie zaś wystąpiły ogólne zmiany kiłowe; pomimoto wydała ona na świat donoszone, zdrowe i dobrze odżywione dziecię, które w przeciągu kilku miesięcy nie przedstawiało żadnych oznak kiły, po upływie jednak 11-tu miesięcy pojawiły się u niego na języku, migdałkach i w około odbytu kłykciny sączące, oraz obrzęk gruczołów limfatycznych. W wymienionym przypadku dziecię musiało się zarazić od matki już po urodzeniu, albowiem podczas karmienia matka miała zmiany kiłowe w ustach i przełyku.

W przypadku Arninga kobieta w 4-tym miesiącu ciąży została zarażoną przez swego męża, który świeżo przedtem nabył kiły w skutek spółkowania z osobą podejrzaną; urodzone przez tę matkę dziecię, było przez pierwsze kilka tygodni zdrowem i nie przedstawiało żadnych objawów kiły; dopiero po upływie $2^1/_2$ miesięcy pojawiło się u niego w kącie ust duże i uporczywe owrzodzenie oraz twarde obrzmienie sąsiednich gruczołów limfatycznych, następnie zaś wystąpiły u dziecka drugorzędne objawy kiły. W przytoczonym przypadku nie ulegało żadnej wątpliwości, że dziecko zaraziło się kiłą od matki już po przyjściu na świat podczas karmienia piersią.

Przypadki Obtułowicza i Arninga mogą nadto świadczyć o tem, że łożysko przedstawia przeszkodę nietylko dla przejścia uorganizowanego przyrzutu kiłowego, lecz że nawet t. zw. toksyny kiłowe Fingera nie zawsze mogą przenikać przez filtr łożyskowy; wymienione bowiem dzieci dzięki odżywianiu się toksynami kiłowemi stałyby się odpornemi względem kiły matki i nie zaraziłyby się od niej wcale.

Przeciwko łożyskowemu zarażeniu się płodu w łonie matki a zarazem i na niekorzyść przytoczonej teoryi Fingera przemawiają też przypadki zarażenia się noworodka kiłą od matki podczas porodu, o których zamierzamy powiedzieć kilka słów.

Dawniejsi syfilidologowie mniemali, iż kiła matki udzielić się może potomstwu za pośrednictwem zakażonego jajka, drogą łożyskowego obiegu krwi oraz podczas porodu w skutek zetknięcia się niemowlęcia z dotkniętą kiłowemi zmianami błoną śluzową rodnych części matki-położnicy.

Van-Swieten[3]) pierwszy wyrzekł, że zarażenie noworodka kiłą może nastąpić podczas długiego i trudnego porodu; Swediaur[4]) twierdził, iż podobne przypadki przytrafiają się dość często; Fabre[5]) i Fleischl[6]) przypuszczali też możliwość zarażenia się noworodka od matki kiłowej podczas porodu.

Z licznego szeregu późniejszych autorów, którzy wypowiadali także podobne zdanie, wymienimy tu: Girtan-

[1]) Virchow's Jahresberichte. 1876. XI. tom II. str. 545.
[2]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1883. 1, str. 95 i nast.
[3]) Putegnat: Histoire et thér. de la Syphilis des nouveau-nés. Paris 1854. str. 82.
[4]) Von der Lustseuche. Uebersetzt v. Kleff. Berlin 1803. II. str. 49.
[5]) Traité des maladies vénériennes IV. edit. Paris 1882.
[6]) Hufeland's: Journal 1897. 4, str. 508.

nera[1]), Bertina[2]), Müllera[3]), Beyera[4]), Wendta[5]), Richtera[6]), Lagneaua[7]), Jörga[8]), Wedekinda[9]), Bonordena[10]), Cederschjölda[11]), Doeppa[12]), Nevermanna[13]), Collina[14]), Dietericha[15]), Klugego[16]), Lallemanda[17]), Pauliego[18]). Girtanner, który wcale zaprzeczał istnienia kiły dziedzicznej, upatrywał w zarażeniu się podczas porodu jedyną przyczynę kiły potomstwa; między okolicznościami, mającemi sprzyjać łatwemu zarażeniu się dziecka od matki kiłowej podczas porodu, wymieniał on wątłość i wrażliwość skóry noworodka, w skutek czego przyrzut kiłowy łatwo mógł przeniknąć przez skórę do obiegu krwi dziecięcia. Zdaniem zaś Putegnata[19]), jakkolwiek możliwem jest zarażenie się noworodka od matki kiłowej podczas porodu, trafia się ono jednak dość rzadko, ponieważ skórę noworodka pokrywa obfita warstwa ze śluzu i wydzieliny skórnej się składająca, co niejako stanowi przeszkodę dla przenikania przyrzutu kiłowego. Trousseau, który poprzednio zaprzeczał temu, iżby noworodek mógł nabyć kiły od matki podczas porodu[20]), zmienił następnie swoje zdanie i stanowczo przechylił się na stronę obrońców teoryi zarażenia się dziecka podczas porodu[21]). Behrend opisał spostrzegane przez siebie dwa przypadki, w których nastąpiło zarażenie się noworodka od matki kiłowej podczas porodu[22]).

Oprócz przytoczonych wyżej autorów, wierzących w możliwość zarażenia się noworodka kiłą podczas porodu, wymienimy tu jeszcze kilku syfidologów (Lafont-Gonzego[23]), Didaya[24]), Baerensprunga[25]), Simona[26]), Rinekkera[27]), Michaelisa[28]), Rosena[29]), Knoblaucha[30]) i Bergha[31]), którzy przypuszczali możliwość zarażenia się niemowląt podczas porodu tylko w takich przypadkach, w których poród trwał bardzo długo, u położnicy zaś były owrzodzenia kiłowe na częściach rodnych. Wymienieni autorowie mniemali nadto, iż podobne przypadki są dość rzadkie i że dla przenikania przyrzutu kiłowogo do ustroju noworodka w takich okolicznościach koniecznemi są nadżerki i obrażenia skóry u dziecka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen 1788. I. str. 432—433.
[2]) l. c. str. 21.
[3]) Henke: Handbuch der Kinderkrankheiten. 1818 str. 259.
[4]) Hufeland's: Journal. 1821. XIII. str. 109.
[5]) Die Kinderkrankheiten. 1822. str. 172.
[6]) Specielle Path. und Therapie. Berlin 1824. III. str. 135.
[7]) Traité pratique des maladies syphilitiques. VI. édition. Paris 1828. II. str. 245.
[8]) Handbuch der Kinderkrankheiten. Leipzig 1826. str. 414.
[9]) Heidelb. klin. Annalen. 1830. VI. 2.
[10]) Die Syphilis. Berlin 1834. str. 392.
[11]) Tijdskrift f. Läkar. 1839. VII. 10.
[12]) Schmidt's Jahrb. 1836. IX. 3. str. 334.
[13]) Tamże. 1840. XXVII. 7, str. 69.
[14]) Tamże. 1841. XXX. str. 311.
[15]) Die Krankheitsfamilie Syphilis. Landshut 1842. I. s. 210 i 215.
[16]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. str. 16.
[17]) Tamże. 1846. I. str. 422.
[18]) Über Contagiosität und Erblichkeit der Syphilis. Mannheim 1854. str. 27.
[19]) l. c. str. 83—85.
[20]) Gaz. des hôpiteaux. 1846. 143.
[21]) Tamże. 1857. 127.
[22]) Journal für Kinderheilkunde. 1851. XVII. str. 17.
[23]) Journal de Toulouse. 1854. Avril, May.
[24]) l. c. str. 58.
[25]) Deutsche Klinik. 1854. VI. str. 556.
[26]) Virchow's: Handbuch der spec. Pathol. und Therap. 1855. III. str. 578.
[27]) Verhandl. der phys.-medic. Gesellschaft in Würzburg. 1856. IX. str. LVIII.
[28]) Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien 1857. s. 329.
[29]) Behrend's Syphilidologie. N. R. III. 2, str. 188.
[30]) Tamże. N. R. III. 4, str. 507.
[31]) Hospitals-Tidende. 1863. V. 12, str. 45.

III. O przymiotach dobrej wody oraz metodach badania ze stanowiska współczesnej higieny.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 27. Czerwca 1894.

przez

O. Bujwida.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

Badając grunt Warszawy w głębokości 3 metrów nie znajdywałem już bakteryj. Toż samo znalazł C. Fränkel w Berlinie. Niedawno, badając grunt mocno zanieczyszczonego podwórza naszego zakładu higienicznego znaleźliśmy na powierzchni 1,600.000 bakteryj w 1 cm³. ziemi, w głębokości 12 cm. 290,000, w głębokości 25 cm. 72,000 w głębokości metra 2,100, w głębokości $1^1/_2$ metra już tylko 720 bakteryj. W głębokości 2 metrów znaleźlibyśmy zapewne grunt prawie zupełnie pozbawiony bakteryj.

Spostrzeżenia te dowodzą, że grunt nie przepuszcza bakteryj, że zarazki te dostawać się mogą do wody tylko ze ściekami z powierzchni. Prostem następstwem tego spostrzeżenia będzie w dalszym ciągu przyjęcie zasady, że woda źródeł otwartych, rzek, strumieni musi być gorszą od wód gruntowych.

Dlaczegóż jednak w studniach zwykłych, dających wodę gruntową bywa tak dużo bakteryj?

Przypatrując się bliżej budowie studzien, zobaczymy, że cembrzyna nigdy nie jest tak szczelna, ażeby nie przepuszczała ściekającej wody, która w dodatku bardzo często tuż przy studni zanieczyszcza się szkodliwemi zarazkami; często bowiem pranie bielizny odbywa się przy studni, częściej zaś jeszcze studnia w takiem jest miejscu, że spadek z podwórza kieruje się ku niej a więc każdy deszcz spłukuje do niej nieczystości z podwórza. Przy tem, jeżeli studnia jest otwarta i każdy z czerpiących wodę przychodzi ze swojem naczyniem, łatwo może zanieczyścić wodę zakaźnemi materyami, które z sobą przynosi.

Dlatego to studnie otwarte nie odpowiadają w ogólności wymaganiom higieny i powinny być zastąpione pompami z odpowiednim spadkiem. Ponieważ jednak cembrzyna nigdy nie bywa dość szczelna, dlatego najlepszą ochronę od zanieczyszczeń spływających z zewnątrz zapewni pompa taka, która cembrowania nie potrzebuje, lecz wprost zapuszcza się do gruntu. Takie pompy, zwane abisyńskiemi lub Nortonowskiemi są to rury żelazne ze świdrem, ponad którym znajdują się drobne otworki dle przepuszczania wody. Za pomocą rękojeści wkręca się pompę do warstwy wodonośnej. Jeżeli woda znajduje się w drobnym piasku, dobrze jest otoczyć otworki rury cienką siatką drucianą, która nie przepuszcza piasku, przez co woda w ten sposób otrzymana bywa czystszą.

Jeżeli grunt jest kamienisty lub zwirowaty, lub też jeżeli mamy gotowy dół cembrowany, z którego chcemy mieć czystą wodę, natenczas należy do dołu wykopanego aż do warstwy wodonośnej zapuścić rurę a następnie obsypać ją piaskiem aż do góry. W ten sposób otrzymamy grubą

warstwę ziemi, przez którą nie mogą przesączyć się zanieczyszczenia.

Pompa abisyńska dostarcza wody zupełnie bez bakteryj, jeżeli tłoki znajdują się w porządku. Zresztą szkodliwych bakteryj nawet w razie zanieczyszczenia tłoka nie otrzymamy, jeżeli tylko funkcyonuje on dobrze. Niekiedy zdarza się, że tłok przestaje wodę ciągnąć. Wówczas dla wytworzenia dokładnego zamknięcia wlewać trzeba nieco wody do górnego otworu. Oznacza to, że tłok należy nowym zastąpić. Obszerniej nieco zatrzymaliśmy się nad budową studzien abisyńskich, gdyż kwestya ta obecnie jest bardzo na czasie.

Dla domów i rodzin wystarcza taka pompa abisyńska zupełnie. Jeżeli woda jest chemicznie dobra, nie za twarda, można ją zastósować i do technicznego użytku. Natenczas budują się pompy większe lub w jednem miejscu stawia się ich kilka.

Dla potrzeby miast w razie używania wody gruntowej budują się podziemne, t. zw. galerye filtrujące lub po zabezpieczeniu terenu od dopływu zanieczyszczeń urządza się stósowną liczbę szybów otwartych.

Ważną jest rzeczą mieć odpowiednią ilość wody, gdyż ze stanowiska higieny nietylko jakość wody rozstrzyga o pożytku z niej, w razie bowiem braku dobrej wody często bierze się niekiedy najgorszą, jak to na przykładzie Wiednia widzimy. Szczegółowe obliczenie w tej mierze zostawiam na później; teraz zastanowię się jeszcze tylko nad kilkoma kwestyami zostającymi w związku z jakością wody.

Jeżeli warstwy gruntu ułożą się tak, że nieprzepuszczalny pokład w jednem miejscu wychodzi nazewnątrz, natenczas woda gruntowa pokazuje się na powierzchni i mamy to, co nazywamy źródłem. Woda źródlana jest więc wodą gruntową i właściwie niema pomiędzy niemi żadnej różnicy.

Jeżeli źródło wypływa z gruntu zanieczyszczonego, natenczas mamy w niem te same produkty chemiczne, które mamy w złej wodzie gruntowej. Tak np. kilka źródeł wypływających w Warszawie i pobliżu ma wodę nadzwyczaj mocno chemicznie zanieczyszczoną; bakteryologicznie jednak woda ta jest zupełnie czysta, gdyż woda przed wydobyciem się nazewnątrz przejść musi przez grubą warstwę gruntu.

Najczystszą pod względem chemicznym zwykle bywa woda rzeczna. Tak np. woda z Wisły i Rudawy pod Krakowem zawierała:

Wisła	chloru 18 mil. w litrze;	części organicz. 10 miligr. w litrze.
Rudawa	„ 7 „ „	„ „ 12 „ „

Kwasu azotowego ani amoniaku nie było, z wyjątkiem śladu amoniaku na Grzegórzkach poniżej ścieku.

Pod względem bakteryologicznym jednak woda źródeł otwartych a mianowicie małych rzek i strumieni oraz większych rzek, przepływających przez wielkie miasta jest o wiele więcej zanieczyszczona.

Woda z Wisły tak pod Warszawą, jak i pod Krakowem jest bardzo mało zanieczyszczona. Jak już powiedziałem, pod względem chemicznym mianowicie zanieczyszczeń jest nadzwyczaj mało. Gdybyśmy jednak do ocenienia wody używali jedynie metody chemicznej, doszlibyśmy do tych wyników, na zasadzie których Pettenkofer uważa wodę rzeczną za najczystszą i zaleca ją do użytku mieszkańców nawet bez filtrowania sądząc, że samodzielne oczyszczanie się wody bieżącej rychło uwalnia ją od wszelkich składników szkodliwych. Przykład Hamburga z jego cholerą dowiódł jasno, do jakich wyników doprowadzić mogą zastósowania praktyczne takich poglądów.

Natomiast badając wodę zapomocą metody biologicznej pod względem obecności bakteryj dochodzimy do wniosku, że wody otwarte bywają zanieczyszczone mniej lub więcej, stósownie do dopływu ścieków. Badania takie w Warszawie i poniżej Warszawy wykazały, że gdy powyżej miasta znajdujemy 400—500 bakteryj w 1 cm^3, już cokolwiek niżej po wpuszczeniu kilku ścieków ilość ta wzrasta do 1500—3000, poniżej zaś ujścia głównego kollektora nieczystości mamy ich przeszło 6000. Nieco dalej cyfra ta maleje stopniowo, jednak nawet w Płocku daje się ona odczuwać, gdyż wynosi od 900—1800 w 1 cm^3. Nawet tak chyży prąd, jaki mamy w Wiśle, nie oczyszcza wody tak rychło, jakby sądzić należało według twierdzenia Pettenkofera. To samo znaleźliśmy w Wiśle pod Krakowem. W wodzie zaczerpniętej pod klasztorem pp. Norbertanek powyżej mostu Zwierzynieckiego znaleźliśmy w 1 cm^3.

	375	bakteryj
tuż pod mostem	375	„
poniżej Rudawy	500	„
naprzeciwko Wawelu	800	„
na Grzegórzkach brzeg prawy	1250	„
„ środek	1500	„
„ poniżej ścieków brzeg lewy	6400	„

Największa zatem ilość bakteryj pojawia się na Grzegórzkach i to na lewym brzegu, gdzie spływają nieczystości kloaczne, wypuszczane z beczek Talarda. W środku prądu znajdujemy znacznie mniej, najmniej zaś na prawym brzegu, gdzie widocznym jest tylko wpływ Rudawy. Ta rzeczka, do której spływa wielka ilość drobnych ścieków, jest bardzo zanieczyszczona i jakkolwiek chemicznie wodę jej można uważać za bardzo czystą, to jednak bakteryologicznie jest zła, gdyż zawiera do 18,000 w centymetrze sześciennym.

Widzimy więc, że woda rzeczna bywa niekiedy bardzo zanieczyszczona; zależy to jednak od dopływu ścieków. Nasze rzeki są w ogóle nieznacznie zanieczyszczone i tylko wzgląd na to, że z temi zazwyczaj nieszkodliwemi zanieczyszczeniami mogą się niekiedy dostawać również i zanieczyszczenia szkodliwe, powstrzymuje nas od uważania wody rzecznej za zupełnie bezpieczną.

To też do zaopatrywania miast w wodę wskutek możliwości dostania się szkodliwych zanieczyszczeń, używać wody rzecznej i źródeł otwartych należy tylko wówczas, jeżeli: 1) niema dobrej i w dostatecznej ilości wody źródlanej lub gruntowej; 2) jeżeli nie ma wpuszczonych ścieków i kanałów w długości 20 — 30 kilometrów powyżej miejsca czerpania; 3) w każdym razie przed użyciem musi się filtrować ją przez warstwę piasku metrowej grubości. Filtrowanie samo musi odbywać się umiejętnie a urządzenia filtrujące muszą być zamknięte i zabezpieczone od wpływu zmian ciepłoty powietrza atmosferycznego.

Streszczając to, cośmy dotąd powiedzieli, dochodzimy do wniosku, że dobra pod względem higienicznym woda powinna:

1) nie zawierać bakteryj chorobotwórczych,

2) nie zawierać w 1 cm. sześć. więcej, niż 100 bakteryj w ogólności,

3) mieć temperaturę nie wyższą nad 16^0 C.

4) twardość jej nie powinna przenosić 16—18 stopni francuskich.

5) nie powinna zawierać więcej, niż 50 mlgr. w litrze materyj organicznych,

6) nie powinna zawierać więcej nad 5—10 mlg. w litrze kwasu azotowego, oraz

7) wcale nie powinna zawierać amoniaku, gdyż ostatnie dwie substancye zwykle występują współcześnie z wielkiemi ilościami żywych bakteryj,

8) nie zawierać więcej, niż 15 mlgr. w litrze chloru (w postaci chlorków),

9) nie zawierać pierwiastków trujących, jak ołów, arsen i t. p.

IV. Mięsienie (massage) brzucha kulą żelazną.

Podał

Dr. Karol Reiss z Dukli.

Już od roku posługuję się w mięsieniu brzucha kulą armatnią, powleczoną irchą. Kula waży 2 kilogramy a średnicy ma 8 cm. Mięsienie odbywa się w następujący sposób: Położenie osoby, jak zwykle przy mięsieniu brzucha na wznak z podwyższoną głową, nogi w kolanach zgięte. Kulę tacza się po brzuchu z prawej ręki do lewej w kierunku poprzecznym i podłużnym, robiąc zakręty dowolne. Mięsienie winno odbywać się rażnie i nie dłużej, jak przez $1/2$ godziny. Kula żelazna ma wiele za sobą nad mięsieniem rękoma, które dokładnie może przeprowadzić tylko lekarz zawodowy.

Korzyści z zastósowania kuli żelaznej są następujące:

1) Można bez wszelkiej nauki robić ten rękoczyn samowolnie i swobodnie.

2) Sposób ten nie męczy bynajmniej, gdyż kula biega swobodnie po brzuchu, chociaż lekko tylko poruszana, wywierając skutek pożądany przez swój ciężar i obrót.

Przy działaniu w ten sposób przez czas dłuższy, podwaja się ruch robaczkowy jelit, kał nagromadzony miejscami w większej ilości rozdziela się równiej a wiatry przez jednakowe ugniecenie jelit odchodzą swobodnie, przez co przyspiesza się trawienie.

Przekonałem się na samym sobie o zbawiennym skutku mięsienia brzucha kulą żelazną, którą ze względu na trawienie odbywać należy po obiedzie i wieczerzy. Ten sposób mięsienia mogę przeto zalecić Szanownym Kolegom.

V. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

B. Wicherkiewicz: **O zapaleniu błoniastem spojówki** *(conjunctivitis cruposa s. membranacea)*.

Błonica (*diphtheria*) i dławiec (*croup*) jednem spojówki nie są cierpieniem, jakkolwiek dawniej ścisłej między niemi niemi nie robiono różnicy. To też i Michel i Graefe i inni łączyli te dwa cierpienia w jednę grupę; badania jednakże bakteryologiczne zmuszają do rozróżniania tych dwóch postaci chorobowych, gdyż w błonicy wykazać można prątki Loefflera, które dzisiaj wszyscy uważają za jej przyczynę, gdy w zapaleniu spojówki dławcowem dotąd nie znaleziono żadnego swoistego drobnoustroju.

Że zaś te dwa cierpienia z sobą mięszano i w zapaleniu dławcowem równie źle rokowano, jak w błonicy, to pochodzi prawdopodobnie ztąd, że dławiec spojówki nie zawsze występuje w postaci typowej. Raz widzimy tak nieznaczne tylko błonki na spojówce, że raczej usprawiedliwia rozpoznanie mocniejszego nieżytu ostrego, drugi raz znajdziemy, w szczególności w załamkach, nacieki blado szare, które tylko trudno można oddzielić od spojówki. Mimo to należy odróżniać dławiec od błonicy; zapalenie spojówki dławcowe nie pozostawia nigdy blizn w spojówce, zapalenie błonicze nie ustępuje bez blizn głębiej sięgających i nieraz bardzo rozległych.

Wydzielina w zapaleniu dławcowem jest obfita (śluz zmięszany z ciałkami ropnemi), w błonicy nie ma prawie wcale wydzieliny. Dolegliwości w zapaleniu dławcowem nie mogą być znaczne, gdyż dzieci zwykle są spokojne; błonica jest bardzo bolesna i często idzie w parze z mocnem obrzmieniem najbliższych gruczołów chłonnych. Podobnem jest zapalenie dławcowe także do rzeżączki, lecz w rzeżączce wydzielina jest ropna i błonki, jeśli się tworzą, są cienkie i nader łatwo oddzielić je można. W zapaleniu dławcowem powikłań żadnych nie ma; jednakże przy niestósownem leczeniu łatwo przystępują zapalenia rogówki a wtedy rokowanie, zwykle pomyślne, może stać się wątpliwem. Z dławcem gardła nic nie ma wspólnego; zdarza się u dzieci w wieku od dwóch do trzech lat.

Szokalski był zdania, żeby podczas tego zapalenia spojówkę przyżegać słabym rozczynem azotanu srebrowego, inni jak Fuchs, Horner przestrzegają przed przyżeganiem. W. radzi przepłukiwać worek spojówkowy często słabym rozczynem kwasu borowego i stósować równocześnie zimne okłady na powieki. Po spłukaniu spojówki można płatkiem oddalić błony i wprowadzić do worka spojówkowego maść: Rp. *Hydrargyri oxydati rubri via humida parati 0.25*, *Vaselini 10·0*, i rozprowadzić ją lekko powiekami po całej spojówce. Przy tem leczeniu cierpienie ustępuje po 8 do 10 dniach. Skoro błony przestaną się już tworzyć a wydzielina stanie się obfitą, należy używać azotanu srebrowego $1/2\%$; gdyby jednak dziecko nie mogło już dłużej zostać pod okiem lekarza, można dać rodzicom do ręki $1/2\%$ rozczyn siarkanu cynku do zapuszczania. Gdy wydzielina zmniejszy się, radzi W. wrócić do przemywania spojówki kwasem borowym lub ałunem. (*Nowiny lekarskie*, Nr. 7. Lipiec 1894.).

Dr. Brudzewski.

Farmakologia.

Vineberg. **O wpływie kwasu salicylowego na macicę.**

Na działanie namaciczne kw. salicylowego mało dotychczas zwracano uwagi.

Jeszcze w r. 1886 doniósł B. Schuchardt (*Corresp. Bl. der allg. ärtz. Ver. f. Thüringen*), że w czasie używania salicylanów miesiączka trwa dłużej i bywa obfitszą; opisał też 4 przypadki poronienia po używaniu tego leku w innych celach.

W ostatnich czasach (*Berl. kl. Woch.* 1893. Nr. 41) podał Binz wyniki doświadczeń na zwierzętach. Vineberg obserwował 2 przypadki, o których sądzi, iż w nich salicylan sodowy miał wpływ na macicę.

W pierwszym przypadku położnica w 14. dniu prawidłowego połogu dostała ostrego gośćca stawowego. Poród i połóg były pod każdym względem prawidłowe. Odchody połogowe były prawidłowe i zanim gościec wystąpił, skąpe, szaro-żółte. Podano salicylan sodowy po gramie co 3 godziny a gdy napad gośćca był bardzo mocny, przez dni parę co 2 godzin. Drugiego dnia po rozpoczęciu leczenia chora doznała dość silnego krwotoku macicznego, chociaż oburęczne badanie wykazało, iż zwijanie się macicy postąpiło prawidłowo. W ciągu 3 tygodni używania tego leku chora bardzo często doznawała krwotoków macicznych, które jednak ustawały, gdy zaprzestawano salicylanów. Mimo to zdaje się, iż było to bez wpływu na zwijanie się macicy, bo po 6 tygodniach macica była zupełnie zwiniętą i nieco tylko większą od zdrowej, panieńskiej.

aptekarz Kohlmayer w Berlinie S. W. Belle Alliancestrasse 12). (*Therapeutische Monatshefte*. Lipiec 1894).

— Gurlt (w Berlinie): Przyczynek do statystyki znieczulań. W roku sprawozdawczym 1893/4 nadesłano zdań sprawy z 33083 narkoz chloroformem, 11699 eterem, 3896 eterem i zarazem chloroformem, 750 mięszaniną chloroformu, eteru i alkoholu, 2986 bromkiem etylu (169 razy w połączeniu z chloroformem i eterem lub obydwoma) i 91 tlenkiem azotu. Opuszczając ostatnie jako pochodzące wyłącznie z praktyki dentystycznej, pozostaje 52384 narkoz z 21 przypadkami śmierci czyli w stósunku 1 na 2494. Razem obejmuje zbiorowe z 4 lat zdanie sprawy 166812 narkoz chloroformowych z 63 przypadkami śmierci czyli 1 na 2647, 26320 narkoz eterem z 2 † czyli 1 na 13160, 8014 mięszanych chloroformem i eterem z 1 †, 4190 narkoz chloroformem z eterem i wyskokiem z 1 †, 7541 bromkiem etylu z 2 † czyli 1 na 3770 i 597 narkoz pentalem z 3 † czyli 1 na 199. W roku sprawozdawczym było szczególniej wiele przypadków śmierci po użyciu chloroformu, bo 1 na 1946: przy użycia zaś eteru 1 przypadek śmierci na 5834 narkoz. Stósownie do tego zmieniły się w Niemczech i liczby narkoz w porównaniu do roku zeszłego: narkoz chloroformem było w roku ostatnim 33000, w przeszłym zaś 38400, narkoz eterem 11600 a było dawniej 6200, chloroformem i eterem 3800 i 1200, bromkiem etylu 2900 i 2000. Na 3182 razy użycia chloroformu Pictetowskiego było 2 przypadki śmierci. Porażeń po narkozach (por. Nr. 27. *Przeglądu lek.* z r. b.) spostrzegano 9 i to 2 razy nerwu sprychowego, 3 razy splotu ramiennego, 3 razy po laparotomiach, raz po wyjmowaniu części schorzałych z pod pachy. Wszyscy obserwatorowie zgadzają się, iż pod wpływem znieczulenia eterem powiększa się wydzielanie śluzu i śliny i skłonność do nieżytu oskrzeli i zapalenia płuc. Za użyciem maski Wanschera wystarczała połowa ilości eteru potrzebnej do znieczulenia za pomocą maski Julliarda.

Towarzystwo chirurgiczne niemieckie uchwaliło na wniosek Bardelebena zbierać dalej daty statystyczne narkoz. (*Centralblatt für Chirurgie*. 28. Lipca 1894. Dodatek).

— F. Uhle: Przyczynek do terapii czerwonki i biegunek w lecie. Na podstawie własnego doświadczenia w Indyach Wschodnich przypomina autor środek dziś zapomniany, tak zwany biegunecznik (*simaruba*), którego używa w ostrej i przewlekłej czerwonce obok stósownej dyety a po zadaniu oleju rącznikowego (*oleum ricini*), w razie potrzeby i przepłukaniu gruntownem jelit $^1/_2$—1% rozczynem taniny w postaci:

91)	Rp. *Dcti simarubae e*		8·00
	l. a. par.		170·00
	Cognaci		
	Mucilaginis salep	*aa*	10·00
	Ttrae opii		0·50—1·00
	Syr. cort. aurant.		25·00

MDS. Co 2 godziny po łyżce stołowej.

W prostych biegunkach letnich nie ma oczywiście potrzeby wypróżniania jelit przed zadaniem biegunecznika.

U dzieci opuszcza autor makowiec, w miejsce którego daje taninę:

92)	Rp. *Dcti simarubae e*	2.50
	l. a. par.	70·00
	Tannini	0·50
	Vini hungarici	10·00
	Mucilaginis salep	15·00
	Syr. cort. aurantiorum	
	vel papaveris	15·00

MDS. Co godzinę po łyżeczce od herbaty.

(*Ther. Monatshefte*. Lipiec 1894).

— Przeciw uporczywym wymiotom w ciąży zaleca J. Berry:

93)	Rp. *Liquoris arsenicalis Fowleri guttas*	15
	Natrii bicarbonici	5·00
	Ttrae valerianae	30·00

MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

VI. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Niepodobieństwem jest choćby w najkrótszych rysach dać pogląd na prace każdej z osobna sekcyi. Wypowiedziane tam odczyty dopiero stopniowo w całości lub streszczeniach ukazują się w różnych czasopismach lekarskich.

Przejdziemy więc do dalszego przebiegu Zjazdu i początku posiedzeń ogólnych.

Pierwsze z nich, jak wspomniałem wyżej, odbyło się następnego dnia po otwarciu Zjazdu po południu pod przewodnictwem Baccellego, zasiadającego w otoczeniu całego sztabu delegatów państwowych i organizatorów Zjazdu. Pierwszy odczyt miał Virchow, przyjęty długotrwałymi oklaskami, wśród których wręczono mu złoty medal pamiątkowy od miasta Forli, miejsca rodzinnego Morgagniego. Odczyt ten, wypowiedziany w języku niemieckim, ma tytuł: *Morgagni und das anatomische Denken* i przedstawia rozwój historyczny nauk lekarskich od najdawniejszych czasów, rozwój postępujący bez przerwy naprzód w ciągu 28 wieków, kierowany jednością celu nauki, jednością zadania jej przedstawiciel. W ciągu tego wielowiekowego pochodu powstawało mnóstwo teoryj, hipotez i szkół, powstawało i ginęło, ustępując miejsca nowym. Dopiero w drugiej połowie zeszłego wieku nastąpił przełom w dotychczasowym rozwoju medycyny, opartym na hipotezach i zwrot w kierunku ściśle przyrodniczym. Jednym z głównych winowajców tego zwrotu był Morgagni, którego pomnikowe dzieło: *De sedibus et causis morborum* (1761) po raz pierwszy wskazało na jedynie racyonalną podstawę dla wszystkich gałęzi lekarskich, na badania oparte na anatomii. Ta więc nauka „myślenia anatomicznego“, stanowi nieśmiertelną zasługę Morgagniego, który przeto jest rzeczywistym ojcem dzisiejszej patologii.

Bouchard w następnym odczycie o gorączce, zwraca uwagę na ważny nader wpływ, jaki wywiera system nerwowy na podnoszenie się ciepłoty ciała. Wpływ ten zdaniem mówcy można wyzyskać w celach zapobiegawczych i leczniczych; w ten sposób otrzymać można pożądaną termoregulacyę. Odruchy chronią nas o wiele więcej przeciw wpływom zimna, niż ciepła wewnętrznego; zmiany zaś ciepłoty wewnętrznej działają wprost przeciwnie. Co się tyczy człowieka, to wiemy obecnie tyle, iż jest on lepiej przysposobiony do zachowania swej ciepłoty prawidłowej, niż do podniesienia jej do normy w razie spadku. Człowiek zdrowy i silny przedstawia nadzwyczaj drobne tylko zmiany ciepłoty, przeciwnie zaś osoby osłabione, rekonwalescenci. Źródłem gorączki mogą być mięśnie, których praca sprawia podniesienie ciepłoty, zostające w prostym stósunku do napięcia wysiłku mięśniowego, lecz nie do czasu jego trwania. Zarówno istnieje gorączka dyspeptyczna u osób z upośledzeniem trawienia. Z szeregu okoliczności wynika, że system

nerwowy stanowi odczynnik nader wrażliwy na wszystkie bodźce, wywołujące gorączkę.

Trzeci z rzędu odczyt, zbyteczny już co prawda wobec długości obydwóch poprzednich, miał Babes: O stanowisku państw wobec wyników współczesnych badań bakteryologicznych, w którym przedstawił historyczny pogląd na stosunek państwa do lekarzy i wskazał na wzrost coraz ściślejszego związku pomiędzy zagadnieniami zycia społecznego, ekonomii politycznej a higieną i instytucyami sanitarnemi. Dzięki nowym zdobyczom i udoskonaleniom metod badania higiena staje się prawdziwą nauką o pewnych podstawach i przy jej pomocy państwo będzie mogło urzeczywistnić właściwy swój cel — stać się „państwem higienicznem“.

Tego samego wieczora odbyło się „wielkie przedstawienie galowe na cześć uczestników kongresu“, jak głosiły olbrzymie afisze, porozlepiane po całem mieście. Jakkolwiek nie łudzono się bynajmniej, aby zaproszenia na to przedstawienie rozsyłano członkom darmo, jak mógłby sobie kto pomyśleć w naiwności ducha, tyle naczytawszy się na każdym rogu ulicy o tem przedstawieniu „dla pp. kongresistów“, jednakowoż ceny miejsc w teatrze Costanzi „dla pp. kongresistów“ .... przeszły najśmielsze oczekiwania: loża 200 frk. fotel 40; były wprawdzie i nieco tańsze miejsca, lecz zdobycie ich przedstawiało zbyt wielkie trudności. To też wieczorem w teatrze, pomimo bardzo dobrej obsady Traviaty, było wcale przestrono. Zrozumieli wtedy Włosi, że strunę przeciągnęli, i zaraz na drugi dzień w zjazdowym *Giornale officiale*, zarówno jak i w pismach codziennych, zamieszczono komunikat Komitetu Zjazdowego, zapewniający, iż nie ma on nic wspólnego z całym „interesem“ teatralnym, który urządzało i rozreklamowało przedsiębiorstwo prywatne, żadnej przeto odpowiedzialności na siebie za nie brać nie może. Czy oświadczenie to oczyściło w zupełności sumienie Komitetu — wątpię, uspokoiło nieco jednak gniew bardziej obrażonych lub pokrzywdzonych na kieszeni.

Drugie posiedzenie ogólne następnego dnia, w sobotę 31. Marca po południu zgromadziło, jak to można było przewidzieć, już znacznie mniejszą liczbę uczestników, aczkolwiek zapowiedziane tematy zasługiwały w zupełności na wysłuchanie w skupieniu ducha i z niewątpliwą nawet dlań korzyścią. W odczycie pierwszym prof. Foster z Cambridge starał się przekonać słuchaczów o potrzebie organizacyi w nauce, jako środka pomocniczego w zadaniu badań naukowych. Punktami wytycznymi w życiu każdej istoty uorganizowanej są z jednej strony zróżniczkowanie (*differentiatio*), z drugiej łączność, skupienie (*integratio*). Pierwsze z nich czyni w nauce wielkie postępy; był czas, kiedy jeden człowiek mógł uprawiać z powodzeniem kilka nauk odrębnych, dziś musimy się zadowolnić badaniem jednej umiejętności lub nawet jednej tylko jej gałązki. Wobec zaś coraz większej specyalizacyi w nauce to różniczkowanie posuwać się będzie jeszcze naprzód. Dlatego też, sądzi mówca, potrzebna jest większa łączność w badaniach naukowych a do przeprowadzenia tej organizacyi w nauce, zdaniem jego, powołany jest obecny Zjazd międzynarodowy w Rzymie, tem Wiecznem Mieście, które przez wieki całe było punktem węzłowym, skupiającym w sobie interesy intellektualne całego świata. Zadaniem tej organizacyi w nauce winno być zespolenie badań osobistych z badaniami zbiorowemi, gdyż w ten tylko sposób można uniknąć rozpraszania się i marnowania sił i osiągnąć świadome celu i uczciwe dążenie do prawdy naukowej. Prawdziwy badacz, podobnie jak prawdziwy poeta rodzi się już takim i jest zadaniem organizacyi skierować go na właściwe tory. Ambicya, chęć sławy, nawet prosta ciekawość stanowią częstokroć pobudkę do pracy naukowej, lecz i te nawet czynniki mogą przy odpowiedniej organizacyi przyczyniać się do ogólnego postępu nauki, którego jedynym kierownikiem być winna miłość prawdy. Racyonalna organizacya ma mieć na celu wskazywanie dróg niedoświadczonym i kierowanie pierwszymi ich krokami w badaniach naukowych, aby napróżno nie szukali dróg, już przez innych odkrytych i mogli odnieść odpowiednią korzyść dla nauki ze swych zasobów intellektualnych. Takie kierownictwo i kontrola dadzą się jedynie osiągnąć przez międzynarodową organizacyę badań naukowych, do czego powinny się przyczynić wszystkie narody a dobre skutki niedługo każą czekać na siebie.

Mniej może odpowiedni treścią na posiedzenie ogólne, jakkolwiek zajmująco wypowiedziany był odczyt profesora Laachego z Chrystyanii: O przeroście samoistnym serca i o zwyrodnieniu mięśnia sercowego.

Skreśliwszy szczegółowo różne teorye co do powstawania chorób serca i zaznaczywszy zasługi w tym względzie badaczów francuskich (Vieusseaux, Sénac) i włoskich (Lancisi, Albertini) przedstawił mówca tak cały zbiór objawów chorobowych w przeroście serca samodzielnym: Powiększenie objętości serca, brak dających się wykryć zboczeń w krążeniu zarównych dośrodkowych jak i obwodowych, prawidłowość działania zastawek sercowych i ich całość. Wielkość serca waha się w dość znacznych granicach i częstokroć największe okazy *cor bovinum* tu właśnie należą. Pod względem etyologicznym na trzy czynniki głównie zwraca on uwagę: alkoholizm w postaci nadużycia piwa, przeciążenie pracą umysłową i walkę o byt. Co się tyczy leczenia, to najważniejszem jest tu zapobieganie; kuracya Oertlowska może także znaczne oddać usługi. Żałować tylko należy, konkluduje mówca, iż higienę serca tak mało uwzględnia się w porównaniu z higieną płuc, narządu trawienia i nerwów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 2. Sierpnia 1894 r.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny odbyć się mający w Budapeszcie od 1. do 9. Września r. b. zapowiada się bardzo dobrze. Dotychczas zgłoszono się w sekcyi higienicznej z 593, w sekcyi demograficzej zaś ze 132, razem więc z 725 wykładami. Zamianowało swych reprezentantów na kongresie 26 rządów z 92, 91 władz z 163, 41 uniwersytetów z 65, tudzież 132 towarzystw z 300 delegatami, razem przeto 290 ciał z 620 delegatami.

Z kongresem łączy się wystawa, obejmująca także i asanacyą wielkich miast a w tym dziale wezmą udział Berlin, Hamburg, Berno morawskie, Paryż, Montpellier, Wenecya, Odesa, Aleksandrya, S. Louis de Potosi i inne.

Na posiedzeniach ogólnych będą mieć wykłady: 1) Prof. Leyden z Berlina: O opiece wielkich miast nad suchotnikami; 2) Prof. Mayr ze Sztrasburga: O statystyce i socyologii; 3) Inżynier Herzberg z Berlina: O zadaniach higienicznych inżyniera; 4) Prof. Levasseur z Paryża: Historya demografii; 5) Prof. Erismann z Moskwy: O walce ze śmiercią; 6) Dr. Hart z Londynu: O cholerze mianowicie na Wschodzie i sposobach jej szerzenia się; 7) Prof. Lombroso z Turynu: O zbrodniarzu.

Bilety uprawniające do podróży na kongres po zniżonej cenie wydawać będzie międzynarodowe Towarzystwo wagonów sypialnych i europejskich pociągów pilnych (*ekspres*). Uprasza się o zgłoszenie ze składką do jeneralnego sekretarza prof. Dra Kolomana Müllera w Budapeszcie w szpitalu św. Rocha do 10. Sierpnia r. b.

— W Paryżu panuje w tej chwili, jeżeli wolno tak wyrazić się, prawdziwa epidemia samobójstw. W drugim tygodniu Lipca odebrało sobie życie 17 a w pierwszym 31 osób. Średnia temperatura powietrza atmosferycznego w tych tygodniach wynosiła 25·4 i 27·4° C. Zgadza się to z ogólną opinią i statystyką, że najwięcej samobójstw bywa w porze gorącej. Statystyka wykazuje dalej, że najwięcej samobójstw bywa także w ostatniej kwadrze księżyca i między 6. rano a południem.

— Izba lekarska w Krakowie otrzymała na ręce swego prezydenta, prof. Dra Jakubowskiego za pośrednictwem Namiestnictwa następujący reskrypt c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18. Stycznia b. r.:

W załatwieniu zdania sprawy z 1. Grudnia 1893 roku l. 10.885. c. k. Ministerstwo spraw wewn. zwracając podanie salzburgskiej Izby lekarskiej w przedmiocie przynależności lekarzy zdrojowych do Izb lekarskich oznajmia, co następuje:

Postanowienia ustawy o Izbach lekarskich z 22. Grudnia 1891. (Dz. p. p. Nr. 6. z 1892) wkładają w myśl §. 2. — z wyjątkiem w tymże paragrafie i w §. 15. oznaczonych przypadków — na każdego do praktyki lekarskiej uprawnionego lekarza obowiązek przystąpienia do właściwej Izby lekarskiej; na tych zaś lekarzy, którzy, jak n. p. lekarze zdrojowi w celu praktykowania na dłuższy czas osiedlają się poza obrębem właściwej Izby, obowiązek doniesienia o zmianie siedziby tak Izbie, do której należą, jak i tej, w obręb której przesiedlają się. Z tego wypada, że lekarze zdrojowi nie są równocześnie członkami kilku Izb a tem samem mogą tylko w jednej Izbie mieć prawo czynnego i biernego wyboru.

W razie osiedlenia się obcego lekarza w celu czasowego wykonywania praktyki lekarskiej w obrębie pewnej Izby lekarskiej, winna Izba sprawdzić, czy ten lekarz nie należy albo czy nie jest obowiązanym należeć do jakiej innej Izby lekarskiej.

Jeżeli się okaże, że lekarz osiadły celem czasowego wykonywania praktyki lekarskiej, jeszcze nie należy do żadnej Izby lekarskiej i nie ma stałej siedziby w obrębie żadnej innej Izby, do którejby według obowiązujących ustaw należeć winien, powinien być wpisany do Izby lekarskiej, w obrębie której osiedlił się czasowo.

Ponieważ według przepisów §. 2. ustawy o Izbach lekarskich obowiązek lekarzy należenia do Izb lekarskich — z wyjątkiem §. 15, w razie zrzeczenia się praktyki lekarskiej — zależy jedynie od uprawnienia do praktyki lekarskiej, winno się traktować wszystkich lekarzy przynależnych do krajów korony węgierskiej, o ile oni w celu praktyki lekarskiej osiedlają się w kraju, zupełnie tak samo, jak lekarzy krajowców.

— Wiadomo, iż pierwsza epidemia odry w ludności, nigdy przez tę chorobę nienawiedzonej bywa bardzo gwałtowna a znanym jest w tej mierze przykład epidemii na wyspach Faroer, opisanej przez słynnego Panuma. Przykłady jednak takie są z natury rzeczy bardzo rzadkie. Otóż niejaki Dr. Davies opisuje w *Australian medical Gazette* pierwszą epidemią odry na wyspach Samoa w Czerwcu r. z., przywiezionej przez statek parowy do miejscowości Tonga. Na 34.500 ludności tych wysp umarło 1000 osób, między niemi połowa dorosłych. Odra była wprawdzie bardzo łagodna z początku t. j. podczas gorączki i wysypywania się, lecz później pojawiały się ciężkie powikłania i to przeważnie, rzecz u nas niezwykła, ze strony przewodu pokarmowego tudzież w postaci zapalenia i ropienia gruczołów limfatycznych na szyi, pod szczęką i w pachwinie. Dr. Davies nie wspomina nic o powikłaniu ze strony chorób narządu oddechowego, tak pospolitem w naszym klimacie.

— Rada miejska paryzka, nadając nowym ulicom nazwiska a zmieniając niektórym dawne, utworzyła temi dniami ulice Charcota, Ulissesa Trélata i Trousseau.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Berlin. Dr. A. Westphal i Dr. Greef habilitowali się jako docenci, tamten medycyny wewnętrznej, ten okulistyki. Praga. Kolegium profesorskie Wydziału lekarskiego uniwersytetu niemieckiego zaproponowało na opróżnioną przez powołanie prof. Gussenbauera do Wiednia katedrę chirurgii profesorów: 1) Nicoladoniego z Inspruku, 2) Wölflera z Gracu i 3) Eiselsberga z Utrechtu. Moskwa. Wydział lekarski nadał docentowi neuropatologii Drowi W. K. Rothowi godność doktora medycyny *honoris causa*. Monachium. Prof. higieny M. Pettenkofer poszedł na emeryturę; następcą jego mianowany prof. Dr. Jan Buchner w Monachium. Kołoszwar. Na opróżnioną katedrę oftalmologii przedstawieni przez Wydział na 1. miejscu docent Dr. K. Hoor z Budapesztu i prymaryusz szpitala Dr. J. Imre z Hód-Mezövásárhely, na 2. miejscu docent Dr. S. Csapodi z Budapesztu, na 3. miejscu docent Dr. J. Ottava również z Budapesztu. Opróżnionej katedry syfilidologii i dermatologii postanowiono na razie w braku kandydatów nie obsadzać.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 11. Sierpnia 1894 r. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*. nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przeważna ilość dawniejszych autorów twierdzących, iż dziecko może nabyć kiły od matki podczas porodu, nie przytaczała żadnych przekonywających spostrzeżeń na udowodnienie swego zdania; nadmieniali wprawdzie niektórzy o spostrzeganych przypadkach tego rodzaju, opisywali je jednak bardzo niedokładnie i krótko, nie wchodząc w bliższe szczegóły; dopiero Bergh dokładniej opisał przypadek, w którym wypadało rzeczywiście przypuścić, iż noworodek nabył kiły od matki podczas porodu. Nie wydaje się nam więc wcale dziwnem powątpiewanie niektórych autorów co do możliwości podobnego zarażenia się (Gibert[1]), Vidal[2]), Violet[3]) i inni); przeciwko zaś dowodzeniom na korzyść jego poważne podnoszono zarzuty, mianowicie Bosquillon[4]), Vasal[5]), Baumès[6]) i Müller[7]) stanowczo zaprzeczali możliwości zarażenia się dzieci podczas porodu, powołując się na niepomyślne dla podobnego zarażenia się stósunki, w jakich podczas porodu znajduje się noworodek; skóra jego bowiem jest ochronioną od zewnętrznych szkodliwych wpływów obfitą ilością maści płodowej *(vernix caseosa)*, następnie na niej rzadkie są obrażenia i nadżerki; po przyjściu zaś na świat dziecka, zaraz go starannie myją i kąpią a więc gdyby nawet przypuścić, iż podczas porodu skóra noworodka stykała się z wydzieliną kiłową matki, przyrzut kiłowy nie zdołałby przeniknąć do ustroju noworodka, gdyż byłby zmyty podczas kąpieli. Jakkolwiek trudno odmówić pewnej słuszności przytoczonym wyżej zarzutom, musimy jednak zwrócić uwagę, iż noworodek podczas porodu nie zawsze znajduje się w tak niepomyślnych dla zarażenia się stósunkach, należy zaś pamiętać o tem, iż przyrzut kiłowy może trafić do ustroju noworodka nietylko przez skórę, lecz i przez błony śluzowe; wreszcie w niektórych przypadkach o kąpieli natychmiastowej dziecka zapominają lub robią ją nie dość dokładnie. Z drugiej też strony trudno nie zgodzić się z tem, iż sprzyjające zarażeniu się dziecka stósunki rzadko przytrafić się mogą podczas porodu. Potwierdzenie tego widzimy w bardzo szczupłej liczbie spostrzeganych przypadków tego rodzaju. Pomijamy przypadek opisany przez Kassowitza[1]) i tyczący zarażenia się dziecka przez matkę miękkim szankrem podczas porodu; natomiast przytoczymy tu krótkie szczegóły o trzech przypadkach zarażenia się dziecka kiłą podczas porodu, dokładnie spostrzeganych i opisanych przez Weila[2]), Grünfelda[3]) i Thirego[4]).

Przypadek Weila tyczył się położnicy, u której w chwili porodu były rozmaite objawy drugorzędnej kiły, między niemi kłykciny sączące na wargach sromnych, usta zaś, przełyk i brodawki piersiowe wcale nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych. Poród odbył się prawidłowo i trwał niezbyt długo; dziecię urodziło się w położeniu czaszkowem. Po upływie 4 tygodni u zdrowego dotąd noworodka pojawiło się na nosie owrzodzenie z stwardniałymi brzegami i dnem; w kilka tygodni potem wystąpiły drugorzędne objawy, mianowicie osutka plamisto-grudkowa na tułowiu i odnogach oraz kłykciny sączące w okolicy rzyci i na częściach rodnych. Że kiła dziecięcia w wymienionym przypadku nie była dzie-

[1]) Manuel des maladies vénériennes. Paris 1835. str. 320 i 324.
[2]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. str. 537.
[3]) Étude pratique sur la syphilis infantile. Paris 1874. str. 11.
[4]) Bertin, l. c. str. 21—22.
[5]) l. c. str. 34.
[6]) Behrend's: Syphilidologie. 1842. IV. str. 546.
[7]) Grundzüge des Pathol. und Ther. der venerischen Krankheiten. II. Auflage. Leipzig 1884. str. 109.

[1]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1884. XXI. 2. str. 115.
[2]) Deutsche Zeitschrift f. praktische Medicin. 1877. 42.
[3]) Wiener medicinische Presse. 1879. 47 str. 1492.
[4]) Presse médicale belge. 1884. 9. str. 241—246.

dzicznego pochodzenia, dowodem ta okoliczność, iż choroba cechowała się początkowo wystąpieniem pierwotnego owrzodzenia na nosie, ogólne zaś objawy pojawiły się dopiero po upływie kilku tygodni; że noworodek musiał zarazić się podczas porodu od matki kiłowej, świadczy o tem szczególne usadowienie się pierwotnej zmiany, ta bowiem znajdowała się w tem miejscu twarzy, które podczas porodu najdłużej pozostawało w zetknięciu z zajętemi przez kiłę okolicami przewodu rodnego matki. Dodać tu nadto wypada, że u matki nie dostrzeżono żadnych zmian kiłowych na brodawce piersiowej, w ustach lub przełyku a więc śmiało można tu było wyłączyć zarażenie się dziecka inną drogą, jużto przez karmienie lub za pośrednictwem pocałunku i t. d.

W przypadku przez Grünfelda opisanym, pewna kobieta zarażona przez męża podczas ciąży w chwili porodu miała kłykciny owrzodziałe; urodzone przez nią dziecię pozostawało zdrowem w ciągu pierwszych kilku tygodni, następnie jednak pojawił się u niego na głowie wrzód stwardniały, po którym wkrótce wystąpiły ogólne objawy kiły.

W przypadku Thirego u dziecka, które zaraziło się od matki kiłowej podczas porodu, pierwotny objaw ukazał się na ustach.

Przytoczone przypadki utwierdzają nas najzupełniej w przekonaniu, iż zarażenie się noworodka od matki kiłowej podczas porodu jest możliwem, chociaż bardzo rzadkiem. Możemy wprawdzie przypuszczać, iż podobne przypadki niekiedy przechodzą niespostrzeżone, albowiem nie zawsze początek kiły cechuje się powstawaniem wybitnego stwardnienia i owrzodzenia, lecz nieraz ukazuje się w postaci grudki lub nadżerki, które łatwo przeoczyć; w takich więc przypadkach mylnie można przypuszczać dziedziczną lub wrodzoną kiłę dziecka.

Zestawiając wszystkie rozpatrzone wyżej przez nas dane, tyczące się udziału matki w sprawie dziedzicznego przekazywania kiły potomstwu, przychodzimy do następnych wniosków: wobec kiły matki płód może stać się kiłowym w następnych okolicznościach:

1. Matka nabyła kiły przed zapłodnieniem a więc jest już w chwili poczęcia kiłową. Przyrzut kiłowy wtedy przenosi się na płód za pośrednictwem zakażonego jajka, w skutek czego płód w łonie matki nabywa kiły i często rodzi się przedwcześnie nieżywy; ustrój płodu najczęściej wtedy przedstawia wybitne i rozległe objawy kiłowe. W wyjątkowych tylko przypadkach świeżej nawet kiły matki, jeżli ją poddano energicznemu leczeniu, jajko może chwilowo nie zawierać przyrzutu kiłowego; wtedy może urodzić się dziecię niekiłowe i nawet zupełnie zdrowe, lecz takie dzieci powstałe z jaja o nieprawidłowym chemizmie, żywione nadto materyałem, który w skutek utajonej kiły matki zawiera w większej lub mniejszej ilości toksyny kiłowe, przedstawiać może nieprawidłowości odżywienia i niekiedy nawet umiera w łonie matki w skutek braku sił żywotnych.

2. Matka zaraża się kiłą w chwili poczęcia od nasienia ojca kiłowego; w takich okolicznościach z jajka zapłodnionego zakażonem nasieniem powstaje też płód dotknięty dziedziczną kiłą i przedstawiający obok tego zboczenia w odżywianiu, jako wynik zatrucia toksynami kiłowemi w ustroju samego płodu rozmnażającemi się; jednocześnie też i u matki mogą wystąpić objawy kiłowe. Jeśli nasienie zapładniające niekiłową matkę pochodzi od ojca, znajdującego się w okresie utajonym kiły a więc może i nie zawierać w sobie przyrzutu kiłowego, lecz tylko toksyny kiłowe, wtedy dziecię spłodzone z takiego nasienia nie będzie zupełnie zdrowem, lecz przedstawiać będzie rozmaite zboczenia w odżywianiu, jednak bywa zwykle wolnem od kiły. Ustrój takiego dziecka, dzięki zatruciu toksynami kiłowemi, staje się najczęściej odpornym względem kiły (Finger).

3. Matka będąc zapłodnioną przez niekiłowego ojca zaraża się kiłą dopiero po poczęciu a więc podczas ciąży. Dziecko spłodzone przez rodziców niekiłowych, chociaż znajduje się przez pewną część swego życia płodowego w łonie matki, która nabyła kiły w ciągu ciąży, pozostaje pomimoto prawie zawsze zdrowem i nie zaraża się kiłą, ponieważ przyrzut kiłowy nie może przeniknąć przez zdrowe łożysko; natomiast płód, odżywiając się podczas swego życia w łonie matki pokarmem obfitującym w toksyny kiłowe, może cierpieć na rozmaitc zboczenia w odżywianiu; z drugiej zaś strony ustrój takiego płodu w skutek otrzymania od matki wymienionych toksyn staje się odpornym wobec kiły. W wyjątkowo rzadkich tylko przypadkach, jeśli łożysko przedstawia chorobowe zmiany, przeszkadzające prawidłowej jego działalności, jako filtru, może przyrzut kiłowy przeniknąć z obiegu krwi matki przez łożysko do ustroju płodu. Przypadki więc t. zw. wrodzonej kiły, powstałej w skutek śródmacicznego zarażenia się płodu od matki kiłowej, są nadzwyczaj rzadkie.

4. Kiła matki może udzielić się płodowi podczas porodu, co jednak dzieje się bardzo rzadko. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

8) Zofia M., lat 37, klinika stała. *Ulcus corneae dextrae traumaticum*, 10 injekcyj rozczynu 1:1000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Przed 4 dniami zadraśnięta w oko paznogciem. W dolnym zewnętrznym odcinku rogówki wrzód wielkości dużej główki od szpilki, *hypopyon* wysokie na 2 mm., bóle mocne. Przez 6 dni używano ciepłych okładów, przestrzykiwano worek spojówkowy sublimatem i zapuszczano atropinę, na noc stósowano jodoform i opaskę. Polepszenia nie było. Przystąpiłem więc do wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę, odrzuciwszy wszystko prócz atropiny. W przeciągu 11 dni 10 injekcyj codziennych sprowadziło wygojenie się wrzodu; pozostała plamka, przeciw której użyto środków wyjaśniających.

9) Marya K., lat 9, ambulantka. *Ulcus corneae dextrae cum hypopyo*. 2 wstrzyknięcia rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — wyleczenie. Od kilku dni wrzód wielkości ziarnka prosa, *hypopyon* zajmuje $^1/_4$ komórki. Dwa wstrzyknięcia wystarczyły do oczyszczenia się wrzodu, *hypopyon* znikło, 9. dnia od początku leczenia kalomel.

10) Jan P., lat 42, klinika stała. *Ulcus corneae traumaticum cum hypopyo et hyperaemia iridis oculi sinistri.* 10

injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina; zrazu nie było polepszenia, dopiero po przekłuciu rogówki. Chory od 5 tygodni. W środku rogówki wrzód wielkości soczewicy, ropa wypełnia $^1/_3$ przodkowej komórki, mocne bóle. Po 1-ej injekcyi bóle ustąpiły, *hypopyon* zmniejszyło się, następnego dnia jednak znowu się zwiększyło. Drugie wstrzyknięcie, *hypopyon* mniejsze, 3-cie, 4-te, 5-te wstrzyknięcie, *hypopyon* mimo tego powiększa się, zajmuje już $^1/_2$ komórki, 6-ta injekcya, *hypopyon* jeszcze większe, bóle mocne wystąpiły w nocy. *Punctio corneae.* Bóle ustały natychmiast, ropa więcej nie pojawiła się. 7-ma, 8-ma, 9-ta i 10-ta injekcya. Wrzód od chwili wypuszczenia ropy oczyszcza się szybko, 24-go dnia (od 1-ej injekcyi licząc) plamka, kalomel.

11) Franciszek K., lat 31, ambulant. *Ulcus corneae dextrae cum hypopyo, trachoma. Hypopyon* na 1 mm. wysokie znikło po jednem wstrzyknięciu 2 przedziałek Pravaza rozczynu 1:2000; wrzód czystszy, objawy zadrażnienia słabsze tak, że po kilku dniach przystąpiono do przyżegania spojówki rozczynem azotanu srebrowego, przyczem wrzód wygoił się zupełnie.

12) Regina C., lat 46, ambulantka. *Ulcus corneae cum hypopyo oculi sinistri traumaticum*, 3 injekcye rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Przed paru dniami wpadło jej coś do oka; nieco poniżej środka rogówki, wrzodzik wielkości ziarnka prosa, ślad *hypopyon*, bóle silne. Po 1-ej injekcyi bóle ustały, *hypopyon* mniejsze, po 2-ej *hypopyon* znikło, wrzodzik oczyszcza się; 9 dnia od początku leczenia wrzód już oczyszczony pokryty przybłonkiem, kalomel.

13) Zacharyasz B. ze Stanisławowa, lat 32, pacyent prywatny prof. Rydla. *Ulcus corneae et pannus oc. sinistri, trachoma.* 5 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza — wyleczenie. Przy wewnętrznym brzegu rogówki oka lewego wrzód półksiężycowaty, obejmujący około $^1/_3$ obwodu rogówkowego, sięgający głębiej, niż do $^2/_3$ grubości rogówki. Brzeg dośrodkowy wrzodu okazuje gruby ropny naciek szerzący się ku środkowi. Źrenica rozszerza się po atropinie dobrze i regularnie. Terapia: od 23. do 27. Stycznia 1894. Przyżeganie spojówki 2% rozczynem azotanu srebrowego, atropina z kokainą co 3 godziny, przepłukiwanie worka spojówkowego rozczynem sublimatu 1 na 5000 co godzinę; mimo to wrzód, choć zwolna szerzy się ciągle ku środkowi rogówki i utrzymują się gwałtowne bóle, które nie ustępują po maści beladonowej na czoło. W nocy z 26. na 27. Stycznia doszły bóle do szalonej gwałtowności tak, iż chory całą noc oka nie zmrużył. Skutkiem tego wstrzyknięto 27. Stycznia 2 przedziałki strzykawki Pravaza rozczynu 1 na 2000. Noc następna zupełnie wolna od bólów tak, iż chory spał bardzo dobrze. Po dalszych czterech wstrzyknięciach stosowanych codziennie wrzód oczyszczał się szybko, bóle występowały tylko lekkie i na krótko tak, iż od 1. Lutego można było podjąć już zwykłe leczenie jaglicy a 21. Lutego powrócił już chory do Stanisławowa z wrzodem oczyszczonym i pokrytym przybłonkiem, by w domu poddać się dalszemu leczeniu jaglicy.

14) Petronela R., lat 20, szpital św. Łazarza. *Ulcus corneae cum hypopyo oculi sinistri, trachoma.* 4 injekcye rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. W środku rogówki wrzód wielkości soczewicy o dnie i brzegach szaro nacieklych, *hypopyon* na milimetr wysokie, bóle silne. Stósowano z początku przepłukiwanie worka spojówkowego sublimatem, atropinę, jodoform i opaskę, *hypopyon* mimo tego zwiększało się. Po pierwszem wstrzyknięciu sublimatu pod spojówkę ustały bóle, *hypopyon* mniejsze. Po drugiem wstrzyknięciu wzrok poprawił się nieco, *hypopyon* utrzymuje się jeszcze. Po trzeciej injekcyi dalsza poprawa wzroku, *hypopyon* o połowę mniejsze. Bóle więcej nie wystąpiły. Po czwartem wstrzyknięciu wrzód oczyścił się znacznie a z *hypopyon* pozostał zaledwie ślad. Z powodu porodu przerwa w terapii. Po 2 tygodniach wrzód oczyszczony o powierzchni gładkiej.

15) Anna W., lat 18, ambulantka. *Keratitis phlyctaenulosa fascicularis oculi dextri.* 2 injekcye rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza — polepszenie. Po 2 wstrzyknięciach sprawa przestała postępować, oko wybladło, lekkie masowanie maścią Pagenstechera.

16) Zuzanna G., lat 60, klinika. *Infectio purulenta vulneris corneae post extractionem cataractae oculi dextri.* Wstrzykiwania bezskuteczne. Zaraz pierwszego dnia wstrzyknięto dwukrotnie (rano i wieczór) po $^1/_{10}$ miligrama sublimatu, prócz tego wypalono rankę galwanokauterem, zastósowano ciepłe okłady, przemywanie worka spojówkowego sublimatem i atropinę a na noc jodoform i opaskę. Ropienie postępowało szybko tak, że już nazajutrz cała rogówka była zajęta, później rozwinęła się *panophthalmitis.*

17) Józef R., lat 17, klinika stała. *Vulnus corneae penetrans subsequente prolapsu iridis et cataracta traumatica oculi sinistri.* 2 injekcye rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza — polepszenie. Zraniony odszczepem drzewa. Mocne obrzmienie powiek, *chemosis.* Ranka w rogówce na 5—6 mm. długa, tęczówka wypadła pokryta wypociną ropną, ślad *hypopyon.* Nazajutrz po 1-szej injekcyi *hypopyon* znikło, bóle ustąpiły. Po 2-giej injekcyi obrzmienie powiek i *chemosis* znikły, *prolapsus* czysty, jednak więcej wypuklony, *ablatio prolapsus.*

Keratitis parenchymatosa diffusa.

Spostrzeżenia odnoszące się do miąższowego rozlanego zapalenia rogówki wymagają nieco obszerniejszego przytoczenia historyi chorób z powodu, iż co do tej sprawy chorobowej różnią się zdania autorów.

18) Marya B., lat 22, klinika stała. *Keratitis parenchymotosa diffusa recidiva oculi utriusque.* 15 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, później po 3, atropina z dobrym skutkiem.

Przed rokiem leczona w naszej klinice ruchomej z powodu *keratitis parenchymatosa* w obu oczach, obecnie chora od kilkunastu dni. Wywiady i badanie pod względem kiły wrodzonej lub nabytej nic nie wykazały.

O. pr. Mocne nastrzykanie rzęskowe dokoła rogówki. Rogówka w całości zaćmiona, nieliczne głębokie naczynia, nie dochodzące do samego środka, źrenica wązka. V po atropinie $^1/_{60}$ O. l. Ten sam stan tylko zaćmienie rogówki najmocniejsze w dolnej wewnętrznej części, słabsze w górnej zewnętrznej, źrenicy wcale nie widać. V ruchy ręki.

10. Lutego 1894. I. injekcya do obu ócz, atropina co 2 godziny.

11. Lutego. V p. o. $^{1\cdot5}/_{60}$, V l. o. palce tuż przy oku.
12. Lutego. V p. o. $^2/_{60}$, V l. o. $^{0\cdot10}/_{60}$.
14. Lutego. V p. o. $^3/_{60}$, V l. o. $^{0\cdot10}/_{60}$.

Objawy zadrażnieuia mniejsze, źrenica miernie rozszerzona.

15. Lutego II. injekcya. V p. o. $^4/_{60}$, V l. o. $^{0\cdot10}/_{60}$.
16. Lutego III. injekcya. V p. o. $^4/_{60}$, V l. o. $^{0\cdot20}/_{60}$.
19. Lutego IV. injekcya.
22. Lutego. V p. o. $^6/_{60}$, V l. o. $^1/_{60}$.

Objawy zadrażnienia ustąpiły w znacznej części, utrzymuje się jeszcze nastrzykanie rzęskowe, źrenica *ad maximum* rozszerzona, tylnych przyczepin nie ma, rogówka wyjaśnia się stopniowo, jak wskazuje ciągła poprawa wzroku. V. injekcya 3 przedziałki rozczynu 1:2000.

25. Lutego VI. injekcya. V p. o. $^6/_{60}$, V l. o. $^{1\cdot5}/_{60}$.
28. Lutego VII. injekcya. V p. o. $^6/_{36}$, V l. o. $^{3\cdot5}/_{60}$.
2. Marca VIII. injekcya. V p. o. i V l. o. jak wyżej.
4. Marca. V p. o. $^6/_{36}$, V l. o. $^5/_{60}$.
5. Marca IX. injekcya. V p. o. $^6/_{24}$, V l. o. $^6/_{60}$.
7. Marca. V p. o. i V l. o. jak wyżej, X. injekcya.
10. Marca XI. injekcya.
14. Marca XII. injekcya.
18. Marca XIII. injekcya. V p. o. $^6/_{24}$, V l. o. $^6/_{38}$.
22. Marca. Zaledwie ślad nastrzykania rzęskowego, rogówki znacznie wyjaśnione, V jak wyżej, XIV. injekcya.

26. Marca. V p. o. $^{6}/_{18}$, V l. o. $^{6}/_{24}$. Rogówki wyjaśniły się do tego stopnia, że z lewego oka wydobyć już można wziernikiem odblask czerwony, w prawem zaś prześwieca tarcza, jak przez mgłę. XV. injekcya.

7. Kwietnia. V jak wyżej, nastrzykanie rzęskowe ustąpiło zupełnie już od kilku dni; na rogówkach plamki po przebytej chorobie. Kalomel, później *unguentum flavum* ambulatoryjnie. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przechodzimy do ostatniej, ale niewątpliwie najlepszej metody leczenia, do owaryotomii w ciąży. Jeszcze w 1857 r. Karol Braun [1]) zastanawiając się nad tem pisze: *Die Exstirpation der Cyste vor der Entbindung, wie Merriman es vorschlug, wird für noch gefährlicher gehalten, als der Kaiserschnitt, daher die Meisten sich mit vollem Recht dagegen aussprechen,* (cięcie cesarskie miało wówczas więcej niż 60% śmiertelności). Do r. 1877. wykonywano operacyę tę rzadko, skoro Olshausen [2]) mimo skrzętnych poszukiwań znalazł tylko 14 przypadków; w dziewięć lat później zebrał jednak już przypadków 82. Dsirne [2]) zestawia w r. 1892. już 135 przypadków, Vinay [2]) zaś pomijając prawie wszystkie przypadki z przed roku 1880. mówi o 134 owaryotomiach w ciąży. Już same te dziwnie szybko rosnące cyfry dowodzą, że od czasów Brauna dokonał się na tym punkcie zupełny przewrót w zapatrywaniach. Przyczyną tego przewrotu była niewątpliwie antyseptyka i aseptyka i niesłychany dzięki nim rozwój chirurgii jamy brzusznej.

Owaryotomia w ciąży nie różni się pod względem technicznym wiele od zwykłej, zwłaszcza w miesiącach wczesnych. Należy tylko bardzo pilnie uważać na to, żeby macicy niepotrzebnie nie odsłaniać i nie ziębić i jaknajskrzętniej unikać naciągania szypuły; bodźce takie bowiem mogą stać się przyczyną skurczów macicy. Uwagę na to zwraca specyalnie Engström i Vinay. W miesiącach późniejszych stósunki zmieniają się o tyle, że w jamie brzusznej są dwa guzy, z których jeden (macica) przeszkadza usunięciu drugiego; nadto macica ciężarna rozwija blaszki szerokiego więzadła i wrasta w nie, przez co podwiązanie szypuły może być trudniejsze (Schröder [3]) przyp. IV). Nadto Polaillon [4]) zwraca uwagę na znaczne unaczynienie zrostów, zwłaszcza koło trąbki, które w przypadku przez niego operowanym utrudniło znacznie tamowanie krwotoku. Trudności techniczne rosną, jeżeli guz jajnikowy znajduje się poza dużą macicą ciężarną a zwłaszcza, jeżeli uwiązł w miednicy małej. Pomijając te wyjątkowo niekorzystne powikłania, które zdarzyć się mogą i poza ciążą, musimy oświadczyć, że owaryotomia w ciąży nie jest, przynajmniej we wczesnych miesiącach, kiedy robi się ją zresztą najczęściej, trudniejszą od zwykłej, owszem może być dzięki ciąży ułatwioną; szypuła bowiem podniesiona razem z dnem macicy do góry może być niezwykle łatwo dostępną, o czem u naszych chorych (przypadek VII. i IX.) miałem sposobność przekonać się.

Czy jest niebezpieczniejsza, niż poza ciążą? Na podstawie statystyk Dsirnego i Vinaya możemy śmiało powiedzieć nie. Ze 135 przypadków Dsirnego, z których niektóre datują się z czasów dawniejszych, zmarło tylko 8, t. j. niespełna 6%; po 134 owaryotomiach w ciąży zebranych przez Vinaya umarło tylko 6 kobiet czyli niecałe 4·5%. Te odsetki są tak małe, że chyba tylko nie wielu operatorów może się niemi poszczycić po zwykłych owaryotomiach.

Przerwanie ciąży następuje po owaryotomii dość często. Według Olshausena występuje poronienie w 20%, według Dsirnego w 22% przypadków. I tu niewątpliwie zależy to przeważnie od indywidualnej pobudliwości macicy. Czasem mimo największej uwagi i delikatności podczas zabiegu nie można uniknąć przerwania ciąży; w innych przypadkach (por. nasz przypadek VII., nadto przypadek Ohagego [1]) nawet silne bodźce przechodzą bez najmniejszego wpływu. W przypadku Richardsona [2]) nawet nakłucie macicy (prawdopodobnie bez nadwerężenia jaja płodowego) i zaszycie rany katgutem nie sprowadziło przerwania ciąży. Chora Sängera [3]) przebyła w rekonwalescencyi po owaryotomii zapalenie włóknikowe płuc i mimo to nie poroniła. Ponieważ nigdy z góry wiedzieć nie możemy, w jakim stopniu wrażliwa jest macica i jak zniesie zabieg operacyjny, przeto wydaje mi się zupełnie właściwym sposób stósowany w naszej klinice, który polega na tem, że ciężarną po owaryotomii leczy się tak, jakby jej groziło przerwanie ciąży, t. j. systematycznie przez pewien czas podaje się nalewkę makowca. Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, na którą zwrócili uwagę Schröder i Olshausen a którą cyframi udowodnił Dsirne, że rokowanie pooperacyjne tak dla kobiet jak i dla płodów jest najlepsze w 3-cim i 4-tym miesiącu a bez porównania gorsze w późniejszych.

Zestawiłem w ten sposób metody leczenia używane w ciąży i starałem się cyframi statystycznemi zaczerpniętemi z literatury oświetlić je krytycznie. Wynik, jak sądzę, jest ten, że możemy śmiało twierdzić, że tak przerwanie ciąży jak i punkcya ustąpić muszą na plan drugi wobec owaryotomii i że oba tamte sposoby leczenia tylko w niektórych wyjątkowych przypadkach znaleść mogą zastósowanie. Czy z tego wypada, że owaryotomia jest w każdym przypadku powikłania ciąży guzem jajnika wskazana? Bynajmniej; z tego wypada tylko tyle, że w każdym przypadku, w którym w ogóle leczenie jest wskazane, trzeba przedewszystkiem myśleć o tej operacyi. I tu dotykamy kwestyi może najbardziej niejasnej i zawiłej, t. j. czy każde powikłanie ciąży guzami jajnika wymaga czynnego leczenia w ciąży? Czy można czekać i uważając ciążę za czas nieodpowiedni do operowania odłożyć zabieg na później?

Autorowie piszący o tej sprawie dzielą się na dwa obozy, jedni powiadają: samo rozpoznanie tego powikłania jest wskazaniem do leczenia, to jest do owaryotomii, drudzy radzą czekać i wyliczają wskazania, które są w stanie nakłonić ich do leczenia operacyjnego; wobec braku tych wska-

[1]) Braun: Lehrb. der Gebrtsh. 1857. p. 345.
[2]) l. c.
[3]) Schröder: Laparotomie in der Schwangerschaft l. c. p. 384.
[4]) Polaillon: Annales des gynécol. 1892. XXXVIII. II. p. 134.

[1]) l. c.
[2]) Richardson: Annales des gynécol. 1892. XXXVII. p. 240.
[3]) Saenger: Centralblatt f. Gynäkol. 1892. Nr. 33.

zań nie operują. Po jednej i po drugiej stronie znajdujemy firmy poważne a liczebną większość stanowczo w pierwszym obozie. Tu należą Spencer Wells[1]), Schröder[2]), według którego samo rozpoznanie powikłania ciąży guzem jest wskazaniem naglącem (*eine recht dringende Indication*), Olshausen[3]), Berry Hart i Barbour[4]), Zweifel[5]) (*man macht möglichst schnell nach Feststellung der Diagnose die Ovariotomie*), Martin[6]), Runge[7]), Charpentier[8]), Terillon i Valat[9]), Pozzi[10]), Engsröm[11]), Reuter[12]), Dsirne[13]), Vinay[14]), Faucourt Barnes[15]), Heywood Smith[16]), Omori i Ikeda[17]), Gördes[18]) i inni.

Innego zdania są Emmet[19]) Hegar i Kaltenbach[20]), Fehling[21]), Cauchois[22]), Bouteiller[23]), Winckel[24]), Rémy[25]) autor najlepszej zapewne o tej kwestyi monografii i niewielu innych operatorów; zalecają oni indywidualizowanie i utrzymują, że w niektórych przypadkach wskazane jest wyczekiwanie.

Po której stronie jest słuszność? Na podstawie naszych dziesięciu przypadków niepodobna wypowiedzieć stanowczego w tym względzie zdania; przecież i autorowie rozumujący na podstawie setek przypadków dochodzą do rozmaitych wyników. Potrzeba tu więcej, niż gdziekolwiek statystyki rozległej, nie jednostronnej, ale obejmującej wszelkie przypadki zajmujące i mniej zajmujące. Rozumowanie takie jak Reutera, choć oparte na cyfrach, nie jest przecież bynajmniej przekonywujące, tak jak i wszystkie jego cyfry. Zapewne, że brzmi to logicznie, gdy się powie: w razie wyczekiwania bezwzględnego traci się dużo matek i dużo dzieci — przy bezwzględnie radykalnem leczeniu (owaryotomii) traci się mało matek i mało dzieci, więc owaryotomia jest lepsza, niż wyczekiwanie; przeto u każdej chorej robić należy w ciąży owaryotomię. Ale ten sposób matematycznego rozumowania nie da się zawsze z powodzeniem zastósować w medycynie dlatego, że jeden przypadek guza jajnika i ciąży nie jest taki sam, jak drugi, ba nawet często nie są do siebie podobne.

Czy byłoby rzeczą logiczną zestawić po jednej stronie n. p. złamania powikłane leczone wyczekiwaniem, konserwatywnie, po drugiej leczone doszczętnie amputacyą kończyny i powiedzieć: więcej osób wychodzi po amputacyi, więc w każdym przypadku trzeba kończynę ucinać. Byłoby to brakiem indywidualizowania.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Spencer Wells: l. c. p. 134.
[2]) Schröder l. c.
[3]) l. c.
[4]) Berry Hart i Barbour: Manual of Gynaecology 1882. p. 221.
[5]) Zweifel l. c. p. 413.
[6]) Martin: Lehrbuch der Geburtsh. 1891. p. 118.
[7]) Runge: Lehrbuch d. Geburtsh. 1891. p. 325.
[8]) l. c.
[9]) Terillon i Valat: Archives de Tocologie 1888. p. 207.
[10]) l. c.
[11]) l. c.
[12]) l. c.
[13]) l. c.
[14]) l. c.
[15]) Faucourt Barnes: The British gynaec. Journal 1892. XXXI.
[16]) Heywood Smith: The British gynaec. Journal 1892. XXXI.
[17]) Omari i Ikeda: Centralblatt f. Gynaec. 1892. Nr. 52.
[18]) Gördes: Zeitschrift f. Geb. u. Gynaec. XX. 1890. p. 100.
[19]) Emmet: Principien und Praxis der Gynaec. 1881. p. 549. (Es kann als Regel gelten in frühen Stadien der Schwangerschaft nicht zu operiren).
[20]) l. c.
[21]) l. c.
[22]) Cauchois: Gazette hebdomadaire 1885. p. 570.
[23]) Bouteiller: Progrès médical 1887. p. 293.
[24]) l. c. przytacza szczegółowe wskazania do owaryotomii.
[25]) l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Położnictwo.

E. Ries (w Sztrasburgu): **O wewnętrznem badaniu rodzących przez odbytnicę.**

Do baraku stanowiącego odosobniony oddział położniniczy kliniki w Sztrasburgu, przyjęto w ostatnich 3 latach 78 kobiet z gorączką połogową. 49 razy wystąpiła gorączka połogowa po porodach, które odbyły się siłami natury, przy porodach tych jednak była obecną położna lub położna i lekarz. Autor jest zdania, że tu gorączka wystąpiła w skutek wprowadzenia przy badaniu palcem przez pochwę substancyj zakaźnych i że te kobiety daleko lepiej byłyby wyszły, gdyby były urodziły zdala od takiej pomocy, albowiem mimo wszelkich przepisów nie można rachować na czystość położnych. Następstwa tego nieumiejętnego prowadzenia porodu niepokoją już od lat akuszerów. Starano się też zapobiedz temu raz przez ograniczenie badania wewnętrznego, a powtóre przez ograniczenie, o ile możności zabiegów operacyjnych. Autor zajmuje się w swym artykule tylko pierwszą sprawą i wspomina, że Leopold i Spörlice gorąco polecali badanie zewnętrzne, przyczem w 69% przypadków przeprowadzili szczęśliwie poród. Wywody te są zupełnie słuszne, ale przecież jeszcze w 31% przypadków nie obeszło się bez badania przez pochwę a zresztą badanie zewnętrzne dostateczne jest w przypadkach obserwowanych w klinikach od rozpoczęcia porodu; tam zaś, gdzie bóle są częste i silne, dalej w późniejszym okresie porodu, ono nie wystarcza. Zresztą trudno pozbawiać studentów sposobności badania wewnętrznego, które rozstrzyga bądź co bądź o naszem postępowaniu leczniczem w największej liczbie przypadków. Badanie więc zewnętrzne dobre jest w szkole położnych, lecz nie tam, gdzie przyszły lekarz ma się nauczyć praktycznie położnictwa. Autor od Stycznia używa tak w klinice jak i poliklinice badania przez odbytnicę.

Postępuje on tak: Gdzie tego potrzeba wymaga, stósuje lawatywę. Przestwór pod paznogciem palca badającego wypełnia mydłem wilgotnem a do namaszczenia palca używa maści (*Saloli 1.0, Lanolini 15.0, Vaselini 5.0*). Podczas badania, które zawsze robi jednym palcem, chociaż, gdy część poprzedzająca stoi nisko, i dwa można wprowadzić łatwo do odbytnicy, uważać trzeba, aby palcem dużym nie dotykać się sromu ani pochwy, lecz trzymać go z boku w rowku sromno-udowym. Autor twierdzi, że badanie to jest b. dokładne i tak: można się przekonać o podatności międzykrocza i pulchności pochwy i części pochwowej; podczas ciąży łatwiej wybadać część pochwową u wieloródek, niż u pierwiastek, u których znowu łatwo podczas porodu wybadać ujście zewnętrzne, gdyż ono prawie zawsze zwrócone jest ku tyłowi. Jeżeli ujście zewnętrzne jest już rozszerzone a pęcherz stoi, to oznaczenie wielkości ujścia jest trudne; inaczej rzecz się ma po pęknięciu pęcherza płodowego, wtedy można łatwo wsunąć palec między brzegi ujścia a część poprzedzającą i oznaczyć wielkość ujścia, a gdy ujście już prawie zupełnie rozwarte tak, że badając przez pochwę już tylnego rąbku wybadać nie możemy, to jeszcze wtedy dosięgnąć go możemy przez odbytnicę i powiedzieć, że część poprzedzająca z szyi nie wyszła. Czy pęcherz płodowy pękł lub nie, przekonać się można po tem, że podczas bólu napina się pęcherz. Co się tyczy zmian patologicznych na części pochwowej, to sądzi autor, że b. dobrze wybadamy je przez odbytnicę; co do możności wybadania łożyska przodującego, nie ma pod tym względem doświadczenia. Łatwo wykazać też, czy część poprzedzająca jest ustaloną lub nie

i w ogóle, czy poprzedza górny, czy dolny koniec ciała płodu. Na główce można wykazać szwy i ciemiona, tylko, że przy tym sposobie badania najważniejszą częścią jest ciemię duże. Tak samo pośladki, wypadłe części drobne a nawet położenie poprzeczne łatwo rozpoznać możemy przy miernem rozwarciu ujścia.

Przypadku wypadnięcia pępowiny autor nie badał w ten sposób, ale to powikłanie da się wybadać, gdyż z łatwością można wybadać przez odbytnicę, że pępowina jest okręcona koło szyi płodu. Co się tyczy miednicy kostnej, to można tym sposobem wykazać wszelkie zboczenia tak, jak przez pochwę.

Wprawdzie wprowadzenie palca do odbytnicy nie jest obojętne, ale zawsze mniej i rzadziej narażamy rodzącą na niebezpieczeństwo, niż badając przez pochwę.

Autor na podstawie doświadczenia wypowiada następujące zdania:

1) Badanie ciężarnych i rodzących przez pochwę jest zawsze niebezpieczne; dlatego należy o ile możności zaniechać go lub przynajmniej ograniczyć.

2) Badanie przez odbytnicę nie jest niebezpieczne a zastąpić może badanie przez pochwę w zupełności; podczas porodów, które odbywają się siłami natury, wystarcza badanie przez odbytnicę.

3) Ponieważ położne prowadzą tylko prawidłowe porody, powinny badać tylko przez odbytnicę a podczas nauki należy je ćwiczyć w tem badaniu.

4) Skoro lekarza wzywają w samym początku porodu, i on tylko badaniem przez odbytnicę posługiwać się winien. Pytanie czy badanie takie rozpowszechni się? Sprawą tą już dawniej zajmowano się w klinice lipskiej (*Krönig*). Saenger nie zachwalał go, bo nawet nazywał je świadectwem bankructwa postępowania przeciwgnilnego; zdanie to jednak zmienił nieco, gdy Zweifel orzekł, że dążenie do lepszego nie jest dowodem, że z tego, co jest dotychczas, niema pożytku. (*Centralblatt f. Gynaekol.* Nr. 17. 1894). *Dr. Cercha.*

Choroby nerwowe.

S. Sacki: **Porażenie postępowe w wieku pokwitania.** (Z kliniki chorób nerwowych Oppenheima w Berlinie).

Porażenie postępowe w wieku młodocianym należy według ogólnego mniemania do rzadkości. W wieku od 25 do 30 lat jeszcze trafia się ono dosyć często, osobliwie u kobiet, poniżej 25 lat bardzo już rzadko, ale że może trafiać się już i w drugim dziesiątku lat, nawet w pierwszej jego połowie, wykazano w ostatnich czasach.

Autor zebrał 17 przypadków takich z piśmiennictwa a opisuje 18. z własnej obserwacyi.

Pacyentka licząca lat 15, rozwijała się fizycznie i psychicznie zupełnie prawidłowo, jakkolwiek spostrzegano u niej już od dosyć dawna pewną powolność mowy i otyłość. Przed $2^1/_2$ laty mniej więcej, zaczęła się zapominać, okazywała w szkole obojętność i brak uwagi i stała się popędliwą za lada drobnostką. We Wrześniu tegoż roku utraciła nagle mowę na pół godziny, bez utraty wszakże przytomności i bez porażeń. Podobny napad wystąpił w Grudniu, po którym jednak pozostało pewne upośledzenie mowy, robiące wrażenie, jakoby pochodziło z utrudnienia ruchomości języka. Badanie przedmiotowe wykazało między innemi nieregularny kształt i brak zwrotnej ruchomości źrenic, typowe porażne upośledzenie mowy, pismo drżące, niepewne, opuszczanie liter i wyrazów lub ich błędne stawianie. Pod względem psychicznym zachowanie się dziecinne, usposobienie wesołe z poczuciem zdrowia, wyraz twarzy obojętny. Podawanie dat po części mylne. Rachowanie w większych cyfrach częścią niemożebne, częścią całkiem błędne. Jodek potasu i wcieranie szaruchy nie wywarły żadnego korzystnego skutku na przebieg choroby.

Autor zastanawia się obszernie i ściśle nad rozpoznaniem w niniejszym przypadku i przychodzi ostatecznie do wniosku, że to nie może być nic innego jak tylko porażenie postępowe; co się zaś tyczy przyczyny, to przypuszcza w tej mierze z pewnem podobieństwem do prawdy kiłę na podstawie obrzmienia gruczołów limfatycznych na karku i owrzodzenia koło ust w pierwszym roku życia. Dziedzicznego usposobienia nie można było wykazać.

Z przypadków tak tego, jak i opisanych wnosi autor, że porażenie postępowe w wieku pokwitania odpowiada w ogólności porażeniu postępowemu u dorosłych w postaci prostego zniedołężnienia umysłowego. Urojenia wielkości nie są częste; napady szału nie występują, natomiast bywają wybuchy gniewu. Inne objawy somatyczne i psychiczne tak jak u dorosłych. Łączenie się z wiądem pacierzowym opisano już kilka razy. Choroba trwa w wieku pokwitania dłużej, niż u dorosłych, rozpoczyna się zazwyczaj między 13. a 15. rokiem życia i wstrzymuje okres pokwitania tak, iż u dziewcząt nie przychodzi całkiem do menstruacyi. Zdaje się, iż zbliżanie się okresu pokwitania jest czynnikiem sprowadzającym wybuch choroby, której przyczyny należy najpodobniej do prawdy szukać z jednej strony w dziedzicznem usposobieniu neuropatycznem, z drugiej w kile. Pod względem anatomiczno-patologicznym nie różni się porażenie postępowe w wieku pokwitania od takiegoż porażenia w wieku dojrzałym. (*Münchener med. Wochenschrift.* 31. Lipca 1894). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

— J. Meinnier: Leczenie niektórych drugorzędnych zmian kiłowych nakadzaniem kalomelu. W kiłowych zmianach drugorzędnych w jamie ustnej i w okolicy otworu stolcowego i części płciowych okazało się skutecznem nakadzanie kalomelem, które odbywa się w sposób następujący:

Bierze się rurkę szklaną średnicy 4 do 5 milimetrów, długości około 30 cm., w środku wydętą w bańkę mającą średnicy koło 3 cm. a przeznaczoną dla kalomelu. Jeden koniec tej rurki szklanej łączy się za pomocą rurki kauczukowej z mieszkiem termokauteru Paquelinowskiego, drugi zaś wyciągnięty jest w koniec z otworem 1 do 2 mm., przeznaczonym do wydawania par kalomelowych za ogrzaniem lampką spirytusową przerzeczonej bańki szklanej i kierowanych w ten sposób na miejsce potrzebne.

Te nakadzania kalomelem, które robi się co dwa lub trzy dni a łączy zawsze z leczeniem ogólnem, są bardzo skuteczne przeciw zmianom kiłowym drugorzędnym w jamie ustnej i w okolicy otworu stolcowego; mają one być o wiele skuteczniejsze, niż przyżeganie kamieniem piekielnym, nad któremi mają tę jeszcze wyższość, iż nie są bolesne, miejscowo nie drażnią i pozwalają na ograniczenie działania leku tylko do miejsca potrzeby, przez co bardzo mało zużywa się kalomelu tak, iż n. p. dwa centygramy wystarczają do nakadzenia nawet rozległych zmian kiłowych w jamie ustnej. Nie ma też obawy o zatrucie rtęcią, ponieważ używa się tak małych ilości kalomelu. W czasie nakadzania powinni chorzy wstrzymać oddech, by zapobiedz dostaniu się kalomelu do krtani i powstaniu w ten sposób nieprzyjemnego kaszlu kurczowego tudzież działaniu ogólnemu, zbytecznemu wobec ogólnego już leczenia przeciwkiłowego.

Działanie terapeutyczne kalomelu pochodzi prawdopodobnie z tworzenia się małych ilości sublimatu przy pomocy chlorków zawartych w wydzielinach błon śluzowych.

Autor sądzi, że te nakadzenia kalomelem mogłyby zapewne przydać się w drugorzędnych zmianach kiłowych w krtani; tylko w tym razie trzebaby użyć do nakadzania rurki dłuższej i stósownie zakrzywionej.

— F. Cauchard: O leczeniu kiły traumatycyną z kalomelem. Idąc za zaleceniem G. Peroniego, docenta syfilidologii w Turynie a doświadczeniem Julliena w Paryżu, opisuje autor korzystne działanie na kiłę traumatycyny [1]) zawierającej 25% kalomelu, którą nakłada pędzelkiem na kiłowe zmiany w skórze osobliwie znaczniejsze lub

[1]) jestto rozczyn 10 części gutaperki w 90 częściach chloroformu.

rozleglejsze. Jeżeli ich nie ma, pomazuje się cały grzbiet. Procedurę tę powtarza się po trzy razy tygodniowo aż do zniknienia objawów chorobowych. Po pomazaniu traumatycyną i wyparowaniu chloroformu pozostaje na skórze plewka, przylegająca ściśle.

Do leczenia tym sposobem nadają się szczególniej osutki kiłowe guzkowe, krostkowe i łuskowe, osobliwie u osób słabych, nie znoszących wewnętrznie rtęci, u dzieci nawiedzonych kiłą dziedziczną i w pewnych okresach zmian właściwych w skórze. Zazwyczaj 5 do 6 pomazań wystarcza do skutku. Pomazywania te mają i tę zaletę, że łączą działanie miejscowe z ogólnem. *(La semaine médicale* 1. Sierpnia 1894).

— G. Reinhold: O leczeniu gruczołem tarczykowym obłąkanych z wolem. (Z kliniki psychiatrycznej we Fryburgu w Bryzgowii). Dosyć często spotkać się można w piśmiennictwie z wiadomościami o pomyślnem działaniu gruczołu tarczykowego w obrzęku śluzakowym (porównaj Nr. 23. *Przeglądu lek.* z r. b.) a Beadles zwrócił uwagę, że to pomyślne działanie rozciąga się i do zboczenia psychicznego w obrzęku śluzakowym. W tej mierze postanowiono w klinice fryburskiej zrobić próby w celu przekonania się, jak działa substancya gruczołu tarczykowego na chorych dotkniętych pierwotną chorobą umysłową a zarazem i wolem. Do prób użyto 6 pacyentek a jakkolwiek liczba ta jest bardzo mała, otrzymano rezultaty zasługujące na podanie do ogólnej wiadomości, rezultaty pod względem psychopatologicznym wprawdzie ani rychłe ani tak stanowcze, żeby nie można wątpić o ich związku z terapią, natomiast pod względem wpływu na wól wybitne, albowiem w 5 na 6 przypadkach wól zniknął prawie zupełnie.

Idąc za Leichtensternem zadawano chorym surowy gruczoł tarczykowy barani a to dla zmylenia uwagi podejrzliwych chorych w postaci kanapek nakładanych kiszką wątrobianą, zawierającą w sobie ów gruczoł tarczykowy.

Używano całkiem świeżego gruczołu tarczykowego w średniej dawce od 6 do $7^1/_2$ grama, zadawanej co 10 do 14 dni i rzadziej.

Skutek był w wymienionych sześciu przypadkach następujący:

W pierwszym z *paranoia hallucinatoria* prócz chwilowego podniecenia, niekiedy w dniach zadania substancyi gruczołu tarczykowego, nie było widać żadnego działania ani ogólnego ani psychoterapeutycznego, natomiast obwód szyi zmniejszył się z 39 cm. w ciągu trzech miesięcy po wyżyciu 34 gramów wymienionego środka do 35·25 cm.

W drugim przypadku z prostym obłędem po drugiej dawce chora uspokoiła się na trzy dni a objętość szyi zeszła z 39 do 35 cm.

W trzecim przypadku z zadumą przy większej ruchliwości psychicznej po zadaniu substancyi gruczołu tarczykowego zmniejszył się obwód szyi z 41 na 39 cm.

W czwartym przypadku z przedwczesnem zniedołężnieniem umysłowem prócz zmniejszenia się obwodu szyi z 32·5 na 31·25 cm. nie było żadnego skutku.

W piątym przypadku z *paranoia chronica* nie było żadnego skutku ani na wól ani na stan umysłowy, natomiast nastała znaczna poprawa stępionego słuchu. (Z jakiej przyczyny było w tym przypadku upośledzenie słuchu, autor nie podaje. Przyp. sprawozdawcy *Przeglądu lek.*).

W szóstym i ostatnim przypadku z ciężką zadumą (*melancholia*) hipochondryczną, poprawił się znacznie stan umysłowy osobliwie ze względu na objawy hipochondryi a obwód szyi zeszedł z 37 na 34 cm.

Ten widoczny wpływ zadawania substancyi gruczołu tarczykowego na wól był przyczyną, iż na usilne prośby dozorczyni chorych w klinice psychiatrycznej a mającej wól, spróbowano u niej tego leczenia i w tenże sam sposób, który taż dozorczyni, osoba całkiem rozsądna, znalazła nawet przyjemnym.

20. Kwietnia zadano 6·5 grama gruczołu tarczykowego; obwód szyi był wtedy 38·55 cm.

10. Maja zadano 10 gramów, obwód szyi wynosił 37 cm.; 12. Maja obwód ten był 36 cm.

Chora była oczywiście z skutku zadowolniona, nie doznawała podczas leczenia żadnych dolegliwości podmiotowych i nie miała żadnych zboczeń przedmiotowych. Tylko ciężar ciała zmniejszył się po pierwszej dawce o kilogram a po drugiej o pół kilograma.

Z spostrzeżeń tych wypada, że surowa substancya gruczołu tarczykowego, wewnętrznie zadawana działa swoiście na wól, który zmniejsza się, i że to działanie nie ogranicza się do przypadków, w których obok wola jest choroba umysłowa.

Zmiany pod względem psychopatycznym nie były ani tak znaczne ani tak wybitne, żeby nie można wątpić o związku między terapią a jej skutkiem. Rzecz ta potrzebuje przeto dalszych doświadczeń i spostrzeżeń.

Poprawa słuchu w przypadku piątym nie jest na teraz do wytłómaczenia.

Na uwagę zasługuje okoliczność, iż wbrew spostrzeżeniom Leichtensterna i Schottena, którzy po zadaniu gruczołu tarczykowego widzieli ciężkie objawy ze strony serca i t. d. a nawet Beadlesa, który z angielskiego piśmiennictwa zebrał aż 4 przypadki śmierci po zadaniu w zawielkiej ilości substancyi gruczołu tarczykowego, R. nie widział po terapii, o której mowa, żadnych ubocznych skutków ani podmiotowych ani przedmiotowych mimo starannego w tej mierze badania ani u chorych ani u owej zdrowej dozorczyni. Czemu to przypisać, trudno teraz orzec; być może, iż to zostaje w związku z rzadkiem zadawaniem środka, o którym mowa. *(Münchener med. Wochenschrift.* 31. Lipca 1894).

— H. Washburn: O użyciu strychniny do podniecenia czynności serca i oddychania. U chorego, który po wypiciu znacznej ilości chloroformu robił wrażenie umierającego, oddychał bardzo powierzchownie, tętno miał bardzo słabe, nieregularne i przepuszczające, użył autor podskórnie strychniny; jakoż po zastrzyknięciu 3 miligramów nastąpiła nagle znaczna zmiana na lepsze: oddech stał się głębokim, regularnym a po dwóch jeszcze wstrzyknięciach po miligramie ustąpiło wszelkie niebezpieczeństwo. Autor sądzi, że możnaby tym sposobem użyć strychniny w asfiksyi po narkozie chloroformowej, co zalecał zresztą gorąco Liebreich w Berlinie jeszcze przed kilkoma laty. *(Therapeutic Gazette.* 1894).

— Teraźniejsze leczenie cholery azyatyckiej. W tej mierze są dwa zasadnicze wskazania, zniszczenie i usunięcie laseczników lub ich wytworów trujących.

Do usunięcia nadaje się przedewszystkiem kalomel, ponieważ wypróżnia a zarazem desinfekcyonuje jelita a z drugiej strony podnieca wydzielanie żółci, która ma zabijać laseczniki. Heyse zadaje kalomel po 10 do 20 centygramów aż do ukazania się stolców zielonych. Rumpf zadaje po 2 do 5 centygramów co 2 godziny, dodając wodochlorku kokainy i jest zdania, że to środek najlepszy. Eisenlohr mniema, że kalomel działa najlepiej w przypadkach lekkich i średnio ciężkich i powiększa wydzielanie moczu.

Prossnitz zadaje kalomel z bismutem:

94) Rp. *Calomelanos* 0·05
Bismuthi subnitrici 0·50

co 2 godziny w dzień i w nocy, widział jednak skutek tylko w przypadkach niedoszłych do okresu ziębienia *(stadium algidum)*.

Ze środków desinfekcyonujących jelita zalecają jodoform po 2 do 3 centygramów w rozczynie eterowym w torebkach z galarety, naftalinę, salicylan bizmutowy, trójbromofenolek bizmutu po 5 centygramów do wyżycia przez dorosłych 5 do 7 gramów, salol według przepisu H. Fussla:

95) Rp. *Saloli* 3.75
Bismuthi subnitrici 3·50
Cretae 82·75
Div. in dos. aeq. 12.
S. Co godzina po proszku zażywać;

dalej kreolinę i kwas mlekowy zaleca rada zdrowia francuska według przepisu:

96) Rp. *Acidi lactici* 10·00
Syrupi simplicis 20·00
Alcoholaturae aurantiorum vel citri 2·00
S. Zmięszać z litrem wody i dawać po łyżce stołowej co kwadrans.

(Le Formulaire. Lipiec 1894).

V. VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

W Nrze 33. *Przeglądu lekarskiego* z dnia 15. Sierpnia 1868 roku czytamy: „Towarzystwo lekarskie krakowskie na wniosek Dra Adryana Baranieckiego uchwaliło początkować w urządzeniu dorocznych Zjazdów lekarzy i badaczy przyrody polskich a pierwsze takie zebranie zwołać do Krakowa w ciągu lata przyszłego. W tym celu wyznaczyło ono z grona swego Komitet przygotowawczy, złożony z Dra A. Kremera, prof. Janikowskiego, Dra Blumenstoka, Dra Rydla, Dra Stępińskiego, Dra Oettingera i wnioskującego Dra Baranieckiego celem poczynienia kroków przedwstępnych....“ Dzielna myśl, rzucona przez zacnego człowieka, przyjęła się; przystąpiono do ułożenia ustawy Zjazdów, której projekt wydrukowany w *Przeglądzie lekarskim* poddano pod ocenienie ogółu lekarzy polskich, wybrano Komitet gospodarczy, wreszcie rozesłano zaproszenia na rok 1869. do Krakowa.

Minęło odtąd lat 25. W ciągu ćwierćwiekowego istnienia Zjazdy nasze ulegały zmianie co do pierwotnych terminów zbierania się, weszły na drogę prawidłowego rozwoju i pomimo trudnych pod wielu względami okoliczności, zdaje się, zdobyły sobie prawo obywatelstwa w naszem społeczeństwie lekarskiem i śmiało spoglądać mogą w przyszłe dwudziestopięciolecia, które oby przyczyniły się do szerszego zakreślenia ich działalności!

W dniu 13. Września 1869 roku otworzył przewodniczący Komitetu gospodarczego, prof. Majer pierwsze posiedzenie ogólne pierwszego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w sali Rady miejskiej. Po zwykłych w takich razach powitaniach, przemówieniach i wyborze prezesów (prof. Majer i Dr. Gałęzowski z Paryża), miał prof. Majer rzecz „o postaci Kazimierza Wielkiego oznaczonej na zasadzie wymiarów kości przy przekładaniu szczątków wiekopomnej sławy króla“, poczem prof. Skobel wyłożył „projekt sporządzenia statystyki lekarskiej krajowej“.

Utworzono 5 sekcyj: 1) fizyograficzną, 2) anatomiczno-fizyologiczno-antropologiczną, 3) kliniczną, 4) medycyny publicznej, 5) chemiczno-farmaceutyczną, z nich zaś 2. zlała się z 3. i obradowały wspólnie.

Wszystkich uczestników obecnych liczono 263.

Tegoż samego dnia po południu otwarto wystawę przedmiotów mających związek „z lekarstwem i przyrodnictwem“, utworzoną za inicyatywą i pracą A. Baranieckiego. Następne dnie 14. i 15. poświęcono pracom sekcyjnym, 16. odbyto wspólną wycieczkę do Tenczynka i Dubia, 17. po rannych posiedzeniach nastąpiła wycieczka do Wieliczki, wreszcie 18. drugie posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu. Przedmiotem obrad tego posiedzenia był między innemi wybór miejsca przyszłego Zjazdu: zgodzono się na zaproszenie Dra Kaczorowskiego na wybór Poznania i prezesem tego Zjazdu obrano Dra Mateckiego.

Według pierwotnego projektu ustawy Zjazdów miały one odbywać się corocznie. Za rok więc t. j. na rok 1870. zaczęto robić przygotowania do Zjazdu w Poznaniu, lecz wybuch wojny francusko-pruskiej sprowadził odłożenie terminu. Nowy termin naznaczono na Lipiec roku 1872, widocznie jednak nie sądzonem było, aby II. Zjazd odbył się w Poznaniu. W Nrze 67. *Dziennika Poznańskiego* z tego roku znajdujemy następujące ogłoszenie od Komitetu Zjazdowego: „Z przyczyn nieprzewidzianych, zewnętrznych projektowany w Lipcu Zjazd lekarzy i przyrodników w Poznaniu w tym roku odbyć się nie może. Członkom, którzy się zgłosili, składki zwrócone będą. *Dr. Matecki, Dr. Osowicki*“.

Minęło jeszcze trzy lata i dopiero w roku 1875 Lwów gościł w swoich murach członków II. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Zjazd ten, liczniejszy od pierwszego, liczył 411 uczestników, między nimi 223 lekarzy. Prezesami byli: prof. Majer z Krakowa, prof. Szafarkiewicz i Dr. Kaczorowski z Poznania; na wiceprezesów wybrano: Dra Denarowskiego z Czerniowiec, Dra Rollego z Kamieńca podolskiego, Dra Wańkiewicza z Litwy i Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego ze Lwowa. Ozdobą pierwszego posiedzenia ogólnego był odczyt Dra Kopernickiego „o świecie roślinnym i zwierzęcym w wyobrażeniach lekarskich i wierzeniach naszego ludu“. Nadto na posiedzeniach ogólnych mieli wykłady: E. Windakiewicz: o przemyśle naftowym w Galicyi, hr. Dzieduszycki: o faunie krajowej, Dr. Czerkawski: o przyrodzie Lwowa i jego okolic.

Zajęcia szczegółowe podzielono na 4 sekcye: 1) przyrodniczą, 2) lekarsko-kliniczną, 3) publiczno-lekarską i 4) chemiczno-farmaceutyczną. Wykładów wszystkich wygłoszono siedemdziesiąt. Jako szczegół ciekawy zanotuję tu, że zapowiedziano jeden jedyny odczyt z chirurgii a mianowicie Dra Wygrzywalskiego: „o przecięciu tchawicy żarem galwanicznym“. Oprócz tego na ostatniem posiedzeniu ogólnem wniesiono 10 uchwał różnych sekcyj, które po jednomyślnem przyjęciu naturalnym rzeczy porządkiem złożone zostały *ad acta*.

Zjazd rozpoczęty 20. Lipca ukończył się dnia 24. t. m. zaproszeniem uczestników za 3 lata do Krakowa.

Niestety i tym razem sprawdziło się zdanie o kruchości wszelakich obliczeń ludzkich i III. Zjazd naznaczony został dopiero na rok 1881. Utworzony Komitet gospodarczy pod przewodnictwem prof. Janikowskiego nadzwyczaj energiczną rozwinął czynność od początku tego roku, rozsyłając zaproszenia i co najważniejsza, wyznaczając tematy z różnych dziedzin medycyny i zapraszając do nich referentów. Do cech charakterystycznych Zjazdu należał niezwykle liczny udział w nim Czechów, którzy wystąpili w roli nietylko gości, lecz i prelegentów. Pomimo ciężkiej straty, jaką poniósł Zjazd przez śmierć prof. Janikowskiego, przewodniczącego Komitetu gospodarczego, prace przygotowawcze trwały bez przerwy pod kierunkiem Dra Jordana, ówczesnego prezesa Towarzystwa lekarskiego i prof. Janczewskiego. Dzięki wczesnej i wzorowej organizacyi Zjazd III. zarówno

pod względem naukowym jak i liczebnym wypadł świetnie. Ogółem urządzono 9 sekcyj, z nich 5 przyrodniczych: matematyczno-fizyczną, chemiczno-farmaceutyczną, mineralogiczno-geologiczną, botaniczno-zoologiczną i przyrodniczo-gospodarczą i 4 lekarskie: medycyny teoretycznej, medycyny wewnętrznej, medycyny zewnętrznej i medycyny publicznej. Posiedzeń ogólnych było trzy; na każdem z nich był odczyt; prelegentami byli: prof. Rostafiński, prof. Radziszewski i Dr. Dobrzycki. Przez cały czas trwania Zjazdu, od dnia 21. do 25. Lipca, wydawano podobnie jak na Zjazdach poprzednich *Dziennik Zjazdu*, streszczający w sobie wszystko, co odnosiło się do Zjazdu i mogło interesować uczestników.

Razem ze Zjazdem połączono uroczystość jubileuszu prof. Majera, który w roku 1881. obchodził 50-lecie swej czynności lekarskiej. Obchód ten urządzono na drugiem posiedzeniu ogólnem, które przemieniło się w pełną serdeczności i entuzyazmu owacyę dla jubilata; ze wszystkich stron nadesłano mnóstwo adresów, podarunków, odznaczeń, życzeń w dowód uznania za pięćdziesiąt lat sumiennej pracy dla społeczeństwa.

Jednocześnie ze Zjazdem odbywała się wystawa lekarsko-przyrodnicza, urządzona i kierowana przez zasłużonego inicyatora Zjazdów Dra Baranieckiego. Wspólna wycieczka do zdrojowisk pod przewodnictwem Dra Lutostańskiego stanowiła epilog Zjazdu III.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 9. Sierpnia 1894 r.

— Nieszczęśliwe przypadki przez rażenie prądem elektrycznym mnożą się coraz bardziej w miarę coraz większego zastosowania prądu elektrycznego w życiu codziennem. Najwięcej bywa przypadków podczas reparacyi przewodów. Wypada ztąd, że nie należy reparować nigdy tych przewodów podczas krążenia w nich prądu elektrycznego, z drugiej strony baczyć, by robotnicy używali podczas reparacyi zawsze rękawiczek kauczukowych.

G. Claude zwraca także uwagę na niebezpieczeństwo ratowania rażonego od prądu elektrycznego; jeżeli on bowiem włączony jest do koła, przez które przepływa elektryczność, ratujący naraża się na niebezpieczeństwo, iż i jego razi prąd elektryczny.

Pierwszą też okolicznością, o której pamiętać należy podczas ratowania, jest przerwać (czyli mówiąc po naukowemu otworzyć) prąd elektryczny, co jednak nie zawsze da się zrobić zaraz, jeżeli przerywacz prądu znajduje się daleko.

Dlatego rażonego trzeba chwytać tylko za części pokryte dobrze sukniami i to całkiem suchemi a nie brać go pod pachy. Dobrze jest także zdjąć własne suknie, zrobić z nich gruby zwój i stanąwszy na nim spuścić głowę lub nogi rażonego, i w ten sposób przerwać związek jego ze ziemią.

Ratować należy rażonych prądem elektrycznym tak jak utopionych a zatem wskazane są tu nacierania ciała, skrapianie wodą, podnoszenie i obniżanie ramion a przedewszystkiem wdmuchiwanie powietrza. Jeżeli te sposoby zawiodą, można jeszcze użyć nieraz z dobrym skutkiem rytmicznych pociągań języka metodą wskazaną przez Laborda.

— Dr. Yersin, wysłany przez francuskie ministerstwo osad zamorskich do Hong-Kong w Chinach w celu zbadania naukowego grasującej tamże zarazy morowej czyli dżumy, wykrył w tkaninach nawiedzonych tą chorobą osobny laseczník mały i trudny do zabarwienia zwykłemi odczynnikami, lecz łatwy do hodowania na galarecie.

Nadzwyczajna w tym czasie śmiertelność między szczurami w Hong-Kong i w Kantonie okazała się prawdziwą dżumą a szczepienie lub żywienie tkaninami chorych ludzi szczurów, myszy i świnek morskich zabijało te zwierzęta w krótkim bardzo czasie.

— Szczepienie urzędowe krowianką szerzy się coraz bardziej w Austryi, lubo nie w równym zawsze stósunku do ludności. I tak przypadło jedno szczepienie w roku 1891. na 31, w roku 1892. na 29 a w roku 1893. na 32 mieszkańców. Najwięcej używa się krowianki z rządowego zakładu w Wiedniu. Procent skutecznych szczepień powiększa się wynosząc w latach 1891. i dwóch następnych po kolei 83·7, 85·1 i 90·3.

— We francuskiem ministerstwie wojny jest osobna komisya mająca za zadanie badać nowe wynalazki mogące w razie potrzeby służyć do obrony kraju. Otóż do tej komisyi wpłynął temi czasy między innemi projekt hodowania i stósownego tresowania wielkich much, które po zakażeniu jadem wąglikowym puszczanoby na nieprzyjaciela!

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Grac. Profesor kliniki lekarskiej Dr. Otto Rembold przeszedł na własne żądanie na emeryturę; w jego miejsce przedstawił Wydział lekarski do nominacyi terno w następującym porządku: Prof. Fryderyk Kraus, docenci prywatni Henryk Lorenz i Pal, wszyscy z Wiednia. — Berlin. Dziekanem Wydziału lekarskiego na przyszły rok naukowy wybrany profesor O. Hertwig. — Halla nad Salą. W dniu 1. Sierpnia odsłonięto uroczyście pomnik Ryszarda Volkmanna postawiony przed kliniką chirurgiczną — Rostoka. Na profesora chirurgii po Madelungu powołany profesor Garré z Tybingi.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Tomaszowie lubelskim Dr. Seweryn Michalski, lekarz powszechnym otaczany szacunkiem. — W Paryżu Dr. Mailiot, najstarszy lekarz wojskowy francuski, około wprowadzenia chininy do leczenia zabójczych zimnic afrykańskich wielce zasłużony, przez rząd francuski zaszczycony przed kilkoma laty nagrodą narodową za zmniejszenie śmiertelności w armii algierskiej, w której umierało dawniej 1 na 3 a potem 1 na 20 ze zimnicy. — W Reims profesor fizyologii J. L. Moret. — W Londynie W. J. Little, były lektor medycyny w London Hospital. — W Bergen w Norwegii Dr. Daniel Danielssen, znany ze swych prac nad trądem i syfilizacyą. — W Gwatemali A. Molina, profesor medycyny sądowej.

Redakcya otrzymała:

A. Grossglik: Przyczynki do fizyologii zrazów czołowych. (Odbitka z *Medycyny*).

Prof. B. Wicherkiewicz: O zapaleniu błoniastem spojówki. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

Tenże. Wspomnienia o XI. międzynarodowym kongresie lekarskim w Rzymie. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**



WODY MINERALNE SZTUCZNE

tańsze o 50—70% od rodzimych

i specyalne lecznicze

wyrabiane w Konc. Zakładzie fabrycznym

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO

W KRAKOWIE.

Woda Selterska we flaszkach zawierających $2^1/_2$ szklanki. Flaszka 18 ct., Syfon 10 ct.

Woda Vichy odpowiadająca składem zdrojom Grande-Grille i Celestins, we flaszkach dużych po 5 szklanek i małych po $2^1/_2$ szklanki. Duża flaszka 40 ct. mała 25 ct.

Woda Bilińska we flaszkach, zawierających 4 szklanki. Flaszka 15 ct.

Woda Litowa przesycona kwasem węglowym, we flaszkach po 2 szklanki. Jedna szklanka zawiera między składnikami 0·20 soli litowych. Flaszka 15 ct.

Woda Jodowa gazowa, we flasz. po $2^1/_2$ szklanki. Szklanka odpowiada 0·4 jodkn potasowego.

Woda sodowa hygieniczna składu wskazanego przez Tow. Lekars. i polecona przez tę instytucyę nauk. Syfon 8 ct., flaszka 10 ct

Szczawa na wzór znanej powszechnie Gieshüblerskiej, we flaszkach zawierających 3 szklan. Flasz. 10 ct.

Woda lecznicza kwaśna mocniejsza i słabsza składu wskazanego przez Tow. lekars., zawiera między składnikami kwas solny, dodany w celach leczniczych. W szklance tej wody znajduje się 0·15 i 0·3 acidum hydrochloricum dilutum oficinale.

Woda Żelazista, mocniejsza i słabsza we flaszkach po 2 szklanki. Szklanka m[illegible]cniejszej zawiera 0.133 a słabszej 0.066 Pyrophosphas [illegible] et natrii Flaszka mocn. 25 ct., słabszej 22 ct.

Woda gazowa bromowa, mocniejsza i słabsza, we flaszkach po $2^1/_2$ i $3^1/_2$ szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 3·12, a słabszej 1·56 bromków. Flaszka mocniejszej 32 i 28 ct., słabszej 24 i 20. ct.

Woda sodowa zwyczajna przez Tow. Lekarskie **za najlepszą w Krakowie uznana.**

121—x—6

Nadto Zakład wyrabia:

Limonadę gazową magnezyową, tudzież **Limonady gazowe owocowe** jako napój orzeźwiający.

Pillul. Kreosoti à 0·05
Pillul. Kreosoti à 0·025
Pillul. Guajacoli à 0·05
Pillul. Kreosoti 0·02 i Acid. arsenicosi 0·0005 przepisu prof. Dra Korczyńskiego.
Granulae Natr. arsenicos. à 0·001.

W. Bełdowskiego

Wyroby te znane już i cieszące się ogólnem zaufaniem P. P. Lekarzy, gdyż swą rozpuszczalnością przewyższają wszystkie dotychczas znane wyroby tego rodzaju

poleca 55—52—31

Władysław Bełdowski, magister farmacyi.

Na składzie utrzymują wszystkie apteki.

Apteka pod „Białym Orłem"

A. SIEDLECKIEGO

W KRAKOWIE

poleca 145—3—3

Wino borówkowe (Vinum myrtilli)

w czasie letnich biegunek

jako środek zawierający wielką ilość tanniny i działający swoiście na przewód pokarmowy.

Aptekarz miejski

W. SUPP w HALLEIN

poleca swój c. k. konces. 13—10—5

Halleinski ług solny

1 kilo **60** ct. 5 kilo **2** złr. **70** ct.

Skład w Krakowie: **Konstanty Wiszniewski.**

Fabryka przetworów leczniczo-farmaceutycznych i droguerya

M. L. Dobrowolskiego

72—50—30

w Nowej Wsi przy Krakowie, poczta Łobzów

poleca z pomiędzy licznych swych wyrobów:

Pilulae kreosoti Aesculap. po 0·05 i 0·025 kreozotu; pierwszych pudełko zawierające 100 pigułek kosztuje 70 ct. drugich 60 ct. — **Pilulae guajacoli** 0·05 **Aesculap.** 100 pigułek 1 złr. — **Pilulae guajacoli** 0·025 **Aesculap** setka 90 ct. — **Pilulae Blandi Aesculap** i **Pilulae ferri carbonici Aesculap** 100 jednych lub drugich 60 ct.

Podane pigułki są starannie ocukrzone, jako takie bezwonne słodkie przy połykaniu.

Hurtownie do nabycia w fabryce, częściowo we wszystkich aptekach, zapisując:

„Pilulae Aesculap" fabric. Dobrowolski.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 18. Sierpnia 1894 r. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O leczeniu wodogłowia przewlekłego za pomocą punkcyi.

Według wykładu prof. Dra Jakubowskiego na posiedzeniu Towarzystwa lek. w Krakowie w dniu 24. Stycznia 1893 r.

Podał

Dr. Jan Raczyński,
asystent kliniki.

Wodogłowie przewlekłe (*hydrocephalus chronicus*) jest sprawą chorobową, w której zawodzą wszelkie dotychczas używane środki a lekarz praktyczny albo zwraca się do środków zalecanych w podręcznikach, nie licząc jednak na ich skuteczność albo zachowuje się wyczekująco, zostawiając naturze przebieg choroby.

Zachowanie się bezczynne ze strony lekarza uzasadnione jest w przypadkach, w których wodogłowie bierze swój początek we wczesnym okresie życia płodowego, gdy dziecię w skutek znacznego nagromadzenia się płynu przychodzi na świat z czaszką znacznie powiększoną. W takich przypadkach można się przekonać przy badaniu pośmiertnem, że półkule mózgu znacznie zanikłe tworzą jakby worek wypełniony płynem wodnistym. W tak znacznym zaniku miąższu mózgowego trudno zaiste kusić się, aby jakabądź, choćby najenergiczniejsza terapia zdołała mózg przywrócić do stanu pierwotnego.

Inaczej rzecz się ma w tych razach, gdy dziecię przychodzi na świat z wodogłowiem bardzo małem, gdy w cokolwiek rozszerzonych komorach mózgowych znajduje się mało płynu, którego patologiczne ilości wytwarzają się dopiero w czasie samodzielnego życia dziecka.

Ileż to razy przydarzy się lekarzowi, że wezwany do kilkotygodniowego a nawet kilkomiesięcznego dziecka dla udzielenia porady w przemijającem jakiemś cierpieniu, przy badaniu w pierwszej chwili mniema, że ma do czynienia z dzieckiem prawidłowo się rozwijającem; przekona się bowiem, że odżywianie jest dobre, cera zdrowa, rozwój członków symetryczny, czaszka nawet w obwodzie ma wymiary prawidłowe. Dokładniej dopiero badając, dostrzega, że szwy nie schodzą się z sobą, że ciemię wielkie jest bardzo duże, znacznie wypuklone, mocno napięte a brak nad niem tętnienia, że żyły na skórze czaszkowej, szczególnie w okolicy skroniowej są rozszerzone i krwią przepełnione, że gałki oczne są wysadzone a dziecię ustawicznie zwraca je ku dołowi, i na podstawie tych objawów rozpoznaje wodogłowie. W takim przypadku w trudnem lekarz znajduje się położeniu, zadając sobie pytanie, czy rozpoznanie swoje oznajmić rodzicom lub zostawić ich czas jakiś w błogiej nieświadomości, czyli też będąc pewnym rozpoznania, objaśnić rodziców o ważności sprawy a wtedy przedsięwziąć odpowiednie leczenie.

Wodogłowie rozpoznane w najwcześniejszym okresie i zostawione własnemu przebiegowi rzadko kończy się pomyślnie; płyn wytwarza się stale, sprowadzając w następstwie powiększanie się komór a zanikanie substancyi mózgowej. W jednych przypadkach gromadzenie się płynu jest tak szybkie, że u dziecka, które po urodzeniu i w pierwszych tygodniach życia uważano za prawidłowo rozwinięte, już w 6-tym miesiącu życia obwód czaszki jest tak duży, jak u dziecka 2-letniego (około 52 cm.), z końcem 1-go roku jest już obwód jej, jak u człowieka dorosłego (około 57 cm.) a w 2-gim roku życia w wymiarach swych przechodzi znacznie nad pojemność czaszki osoby dorosłej, t. j. obwód wynosić może 60, 70, 80 a nawet i ponad 80 cm. Dzieci takie nie żyją długo, lecz umierają w 2-gim lub 3-cim roku życia.

W innych przypadkach wodogłowie rozwija się powolniej: w 1. i 2. roku życia wymiary czaszki o kilka centymetrów tylko przewyższają wymiary prawidłowe, ale ciemię

wielkie nie zarasta długo, dzieci takie nie mogą utrzymać głowy o własnej sile a władze umysłowe zostają w uśpieniu; dopiero w 3-cim lub 4-tym roku życia obok zwiększenia się obwodu czaszki (54—57 cm.) zarasta ciemię. Po zarośnięciu ciemienia i spojeniu szwów dalsze wytwarzanie się płynu bywa zwykle niewielkie a dzieci takie zaczynają chodzić, krokiem jednak chwiejnym i niepewnym a władze ich umysłowe wiele pozostawiają do życzenia. Są to zwykłe typy hidrocefalików, które żyć mogą bardzo długo (Vogel wspomina jednego, który żył 54 lat).

Widzimy z pobieżnego tego opisu przebiegu wodogłowia, że najważniejszy okres tego cierpienia przypada na pierwsze miesiące życia; z tego wynika, że jeśli leczenie ma być skuteczne, przedsiębrać je należy w tym pierwszym okresie, gdyż wszelkie późniejsze zabiegi będą bezskuteczne.

Przyczyn i okoliczności, wśród których rozwija się wodogłowie, prawie nie znamy. W niewielkiej liczbie przypadków możemy odnieść wytwarzanie się wodogłowia do utrudnienia odpływu krwi z mózgu czy to z powodu guzów nowotworowych, w okolicy się rozwijających, czy z powodu wady serca czy nawet krztuśca; często widzimy rozwijanie się hidrocefalii jako następstwo ostrych zapaleń opon mózgowych *(meningitis cerebrospinalis)*, wreszcie sprzyjać ma wytwarzaniu się wodogłowia krzywica *(rhachitis)*. Jednak pomijając nawet to, że są to przypadki wyjątkowe, obecność tych przyczyn w pewnej liczbie przypadków nie wyjaśnia nam wiele, nie znamy bowiem dotąd ani stósunku ani związku przyczynowego tych chorób z wodogłowiem ani sposobu i okoliczności, w jakich ono się wytwarza. Musimy więc zadowolnić się czczym ogólnikiem o usposobieniu do nadmiernego wytwarzania cieczy mózgordzeniowej lub przyznać wprost, że nie znamy przyczyn rozwijania się wodogłowia. A gdy tak jest, to i leczenie może być tylko przypadowem i zdążać z jednej strony do powstrzymywania wytwarzania się cieczy, z drugiej do usuwania już w znacznych ilościach nagromadzonej.

Z zalecanych sposobów leczenia głównie zasługują na uwagę systematyczne uciskanie czaszki i wypuszczanie płynu z komór mózgowych.

Biorąc rzecz z teoretycznego punktu widzenia zdawałoby się, że już za pomocą uciskania czaszki możemy uzyskać wiele. Wiemy z przebiegu wodogłowia, że skostnienie czaszki wstrzymuje dalszy rozwój tej choroby; gdy więc za pomocą opasek uciskających nie dozwalamy powiększania się czaszki, otrzymać powinniśmy ten sam skutek. Systematyczne uciskanie czaszki nie jest jednak zabiegiem tak skutecznym, jak wydaje się na pozór. Lekki ucisk opaskami zwykłemi, elastycznemi lub plastrami lepiącymi nie prowadzi do celu, gdyż, jak potwierdza wiele doświadczeń, płynu przybywa dalej. Ucisk mocniejszy znowu sprowadza często objawy mózgowe, jakoto niepokój, sen przerywany, wymioty, skurcze stałe a z pomiędzy tych najczęściej skurcz mięśni karkowych i szczękościsk. Bardzo też często wymienione objawy po usunięciu opaski uciskowej zmniejszają się lub ustają zupełnie.

Więcej zachęcającą jest metoda wypuszczania płynu z komór mózgowych obok równoczesnego uciskania czaszki. W tej kombinowanej metodzie można zakładać opaski bardzo mocno i szczelnie a mimo to, dopóki stósujemy ucisk do ilości wypuszczonego płynu, rzadko spotkamy się z objawami ucisku śródczaszkowego.

Do wypuszczania płynu z komór zwykle posługujemy się punkcyą.

Punkcya technicznie nie przedstawia żadnych trudności. Trójgraniec o świetle 2—3 mm. wkłuwamy w okolicy kąta zewnętrznego dolnego ciemienia dużego lub, gdy ono nie jest zbyt wielkie, w rozstępie szwu wieńcowego na 4 do 5 cm. powyżej małżowiny usznej. Po wbiciu trójgrańca można wypuszczać płyn wprost do otwartego naczynia, bacząc na to, by powietrze nie dostało się do jamy czaszkowej, albo płyn z jamy czaszkowej wypompować odpowiednim przyrządem.

Należy nadmienić, że punkcyę wodogłowia robiono już dawno. Już w pierwszej połowie bieżącego stulecia spotykamy się z liczniejszymi i dokładnymi opisami leczenia wodogłowia tym sposobem. Couquest roku 1838. a West r. 1843, byli pierwszymi pionierami tej metody leczenia. Mimo jednak nienajgorszych nawet wyników (West zestawił 14 wyleczeń na 56 przypadków), punkcya nie znalazła wielu zwolenników. Nastaje czas, że o niej nic nie słyszymy.

Dopiero z wprowadzeniem antyseptyki do chirurgii, gdy dla usunięcia ciężkich spraw chorobowych wnikamy bez niebezpieczeństwa dla chorych do najgłębszych jam ciała ludzkiego, podjęto na nowo myśl użycia punkcyi w przebiegu wodogłowia z zastósowaniem wszelkich przez naukę poleconych prawideł postępowania przeciwgnilnego.

Odtąd też częste mamy wiadomości o wykonywaniu tego sposobu leczenia. I tak w r. 1873. był Buttenwieser pierwszym, który w tych czasach na nowo myśl tę podjął, w r. 1883. zachęca do niej Hurch Dunn, w r. 1889. Pfeiffer wykonywa ją w 2 przypadkach bez widocznego skutku, ale i bez szkody, wreszcie cały szereg innych, notując jako wyniki: ustąpienie drgawek (Bergmann, Wyss), wyraźny wpływ na rozwój fizyczny i psychiczny (Rehn, Phocas, Quinque, Karnitzky, Wyss). Niektórzy poszczycić się mogą przypadkami, w których rezultat leczenia był znakomity. Rehn przedstawia na kongresie dla medycyny wewn. w Wiesbadenie 12-letnią dziewczynkę wyleczoną przez kilkakrotne powtarzanie punkcyi. Wyss 7 razy w ciągu roku powtórzoną punkcyą u dziecka 8-miesięcznego z wielkim wodogłowiem doprowadza, że dziecko to w 2. roku życia trzyma prosto głowę, może siedzieć, chodzić a nawet mówić.

W klinice pedyatrycznej krakowskiej podjął prof. Dr. M. L. Jakubowski ten sposób leczenia jeszcze w roku 1889. a do końca roku 1893. leczono ogółem za pomocą punkcyi 7 dzieci dotkniętych wodogłowiem.

Z góry należy uprzedzić czytelnika, że były to przypadki wodogłowia już tak daleko posunięte, że zrozpaczeni rodzice decydowali się za jakąbądź cenę uzyskać, jeśli nie wyleczenie, to choć małą poprawę, że były to dzieci rodziców biednych, dotąd w złych stósunkach pozostające, często już ogólnie schorzałe, wycieńczone nieżytem jelit i nawiedzone krzywicą.

Oto szkice historyi chorób:

1) Anna Brynda, 14 miesięczna, przyjęta 29. Stycznia 1889. Obok znacznego wyniszczenia nieżytem jelit, wykazano objawy wodogłowia; obwód czaszki 66 cm. Punkcyi dokonano dnia 6. Lutego. Wkłuto po stronie lewej, wypuszczono 100 grm. płynu; obwód czaszki na razie pomniej-

szył się znacznie (61), jednak już 12. Lutego wynosił 65 cm. Dlatego dnia 16. Lutego przystąpiono do powtórnej punkcyi, tym razem po stronie prawej; wypuszczono 150 grm. Gdy zmniejszony przez punkcyę obwód czaszki przybrał znowu rozmiary pierwotne, wykonano punkcyę po raz trzeci, tym razem po stronie lewej i wypuszczono 450 gramów dnia 5. Marca.

Wszystkie trzy zabiegi zniosło dziecko bardzo dobrze; żadnych przypadków mózgowych ani przy ani bezpośrednio po punkcyi nie dostrzeżono. Natomiast dziecko zaczęło podupadać i wśród objawów wyniszczenia z powodu zaostrzania się nieżytu kiszek zmarło dnia 8. Kwietnia, t. j. w 2 miesiące po pierwszej punkcyi a w miesiąc po ostatniej. Sekcya wykonana w zakładzie anatomiczno-patologicznym wykazała: *Hydrocephalus internus chronicus, bronchopneumonia ambilateralis, catarrhus intestinorum chronicus exacerbans.*

Gdy tak przypadek ten zakończył się niepomyślnie, wypadało przedewszystkiem zadać sobie pytanie, czy podejmując punkcyę wodogłowia, nie wykracza się przeciwko pierwszej regule postępowania leczniczego: *non nocere.* Obserwacya kliniczna a wreszcie sekcya zaprzeczały temu stanowczo. Brak wszelkich objawów zadrażnienia lub zapalenia opon, dłuższy przeciąg czasu, który upłynął od ostatniej punkcyi do śmierci (miesiąc), wreszcie zmiany niezostające w związku z wodogłowiem wykazane przez sekcyę, utwierdzały to przekonanie. Na podstawie zatem własnej obserwacyi można było wyrobić sobie zdanie, że punkcyi bez szkody dla chorego użyć można do leczenia wodogłowia. Postanowiono zatem przeprowadzać dalej to leczenie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

19) Henryk S., lat 28, klinika stała. *Keratitis parenchymatosa diffusa oculi dextri.* 12 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2, później po 3 przedziałki Pravaza ze skutkiem.

Przed 10 laty chorował na oko lewe i z tego czasu pochodzi plamka na tem oku tudzież upośledzenie wzroku (V $^6/_{24}$ z otworkiem stenopaicznym). W jesieni 1893. poczęło go boleć oko prawe i wzrok podupadał powoli; znaczne pogorszenie wzroku od Stycznia 1894. (przyjęty 13. Lutego). Kiły wykazać nie można.

P. o. Spojówka powiek miernie nastrzykana, dokoła rogówki nastrzykanie rzęskowe, cała rogówka niejednostajnie zaćmiona, nieliczne naczynia głębokie. Źrenica, o ile można dostrzedz przez zaćmioną rogówkę, wązka, po atropinie rozszerza się leniwo i nieregularnie z powodu kilku tylnych przyczepin, osadów na błonie Descemeta nie ma. V $^{0 \cdot 75}/_{60}$.

14. Lutego I. injekcya 2 przedziałek, atropina co 2 godziny.
16. Lutego. V $^1/_{60}$, II. injekcya j. w.
19. Lutego III. injekcya.
22. Lutego. Tylko ślad nastrzykania rzęskowego, rogówka od obwodu wyjaśnia się wyraźnie, V $^2/_{60}$, IV. injekcya 3 przedziałki.
25. Lutego. V $^{2 \cdot 5}/_{60}$, V. injekcya j. w.
28. Lutego. Oko blade, źrenica dobrze rozszerzona prócz kilku tylnych przyczepin, które stale się utrzymują. V j. w., VI. injekcya.
3. Marca VII. injekcya.
6. Marca. V $^4/_{60}$, VIII. injekcya.
9. Marca IX. injekcya.
13. Marca X. injekcya.
17. Marca. V $^5/_{60}$, XI. injekcya.
20. Marca. V $^6/_{60}$, XII. injekcya.
23. Marca. Kalomel, znosi dobrze.
28. Marca. Ani śladu jakichkolwiek objawów zapalnych, środkowa część rogówki zaćmiona, V $^6/_{60}$, wystąpił, do domu *tinctura opii crocata.*

20) Weronika S., lat 15, klinika stała. *Keratitis parenchymatosa diffusa oculi utriusque. Lues congenita.* 8 injekcyj rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, skutecznych.

Od jesieni r. z. chora na oczy. Zaćmienie niezbyt mocne, skąpo unaczynione zajmuje całą rogówkę na obu oczach. Mocne objawy zadrażnienia. Nie ma zapalenia tęczówki.

V p. o. $^4/_{60}$, V l. o. $^6/_{60}$.

2. Marca I. injekcya, atropina, po której źrenice dobrze się rozszerzają.
3. Marca. V p. o. $^6/_{60}$.
5. Marca II. injekcya.
8. Marca III. injekcya.
11. Marca. Objawy zadrażnienia znacznie mniejsze, V p. o. $^6/_{60}$ IV. injekcya.
13. Marca. V p. o. $^5/_{50}$, V l. o. $^5/_{30}$, V. injekcya.
18. Marca. V p. o. $^5/_{30}$, V l. o. $^5/_{30}$, VI. injekcya.
22. Marca VII. injekcya.
24. Marca. V p. o. $^5/_{20}$, V l. o. $^5/_{30}$. Nastrzykanie rzęskowe zupełnie ustąpiło, rogówki wyjaśniły się znacznie.
31. Marca VIII. injekcya, wzrok nie poprawia się już dalej, przeto od 9. Kwietnia zaczęto stósować środki wyjaśniające.

W następującym przypadku wstrzykiwania zastósowane w samym początku choroby powstrzymały dalsze jej postępy.

21) Franciszka B., lat 40, klinika stała. *Keratitis parenchymatosa diffusa incipiens oculi sinistri.* Od tygodnia bóle w oku lewem, zaczerwienienie, światłowstręt i łzawienie. Kiły wykazać nie można. Spojówki bez zmian. Dokoła rogówki mierne nastrzykanie rzęskowe, zwłaszcza przy górnym brzegu. W górnej zewnętrznej części rogówki od samego brzegu ku jej środkowi głęboki naciek miąższowy o skąpych, głęboko znajdujących się naczyniach; źrenica po atropinie rozszerza się dobrze, znaczne objawy zadrażnienia. V $^5/_{10}$.

Od 20. Marca do 2. Kwietnia zastósowałem 4 injekcye rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, przyczem stopniowo ustępowały wszystkie objawy.

10. Kwietnia. Oko całkiem blade, zaćmienie rogówki ustąpiło w znacznej części; pozostał tylko ślad przy samym brzegu górnym zewnętrznym. V $^5/_5$. Chora na własne żądanie opuszcza klinikę. Po miesiącu miałem sposobność znów zobaczyć chorą i przekonać się, że jej oko lewe oprócz wspomnianej wyżej, przybrzeżnej plamki nie okazuje żadnych zboczeń.

22) Przypadek z prywatnej praktyki profesora Rydla. Po zapaleniu miąższowem rozlanem, bardzo mocnem, przebytem przed rokiem pozostało znaczne, zupełnie nieprzeźroczyste zaćmienie środkowe. Po 3 injekcyach rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza nie było żadnej poprawy, przystąpiono więc do innego leczenia.

23) Profesor Rydel wstrzykiwał sublimat prócz tego jeszcze w jednym przypadku bardzo znacznych zaćmień długotrwających po zapaleniu miąższowem, rozlanem rogówki w obu oczach bez żadnego skutku; 5 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza.

Zapalenie tęczówki.

24) Katarzyna K., lat 33, klinika stała. *Iritis serosoplastica oculi dextri rheumatica.* 8 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie.

Chora od 2 miesięcy. Mierne nastrzykanie rzęskowe, liczne drobniutkie osady na błonie Descemetego, źrenica zwężona, oddziaływa na światło leniwo, po atropinie jednak rozszerza się dobrze, tylko w kilku miejscach cienkie tylne przyczepiny. V $^6/_{18}$.

18. Lutego I. injekcya, atropina co 2 godziny.

21. Lutego ślad nastrzykania rzęskowego, źrenica *ad maximum* rozszerzona, przyczepiny rozerwane z wyjątkiem jednej od dołu. V $^6/_{12}$. II. injekcya.

24. Lutego zaledwie dostrzegalne nastrzykanie rzęskowe, osadów ubyło znacznie, ciecz wodna czystsza, źrenica cała dobrze rozszerzona, gdyż rozerwała się i ta tylna przyczepina która pozostała od dołu. V $^6/_8$. III. injekcya.

27. Lutego IV. injekcya.

1. Marca oko blade, osadów znowu ubyło, V. injekcya.

4. Marca VI. injekcya.

8. Marca VII. injekcya.

10. Marca VIII. injekcya. Oko blade zupełnie, osady zniknęły. V $^6/_6$.

25) Róża M., lat 25, ambulantka. *Iritis recidiva levioris gradus oculi dextri.* Przed paru laty leczona w naszej klinice ruchomej z powodu zapalenia tęczówki oka prawego. Po 2 injekcyach rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza ustąpiły wszelkie objawy.

26) Błażej W., lat 54, klinika stała. *Iritis plastica oculi dextri idiopathica.* 3 wstrzyknięcia rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — wyleczenie.

Chory od paru tygodni na oko prawe, dotychczas nie leczony; skazy żadnej wykazać nie można. Mocne nastrzykanie rzęskowe, ciecz wodna mętna, osadów nic ma, wyraźna zmiana barwy i zatarcie rysunku tęczówki, źrenica wązka, cały wieniec tylnych przyczepin wązkich i cienkich, bóle samoistne dość silne. V $^5/_{20}$.

9. Października 1893. atropina co 2 godziny.

10. Października przyczepiny porozrywały się z wyjątkiem dwóch, jednej od góry wewnątrz, drugiej od dołu.

11. Października I. injekcya, atropina j. w.

12. Października nastrzykanie rzęskowe mniejsze, bóle ustały.

13. Października ciecz wodna czystsza, przyczepiny rozerwane, źrenica w całości dobrze rozszerzona, na przedniej torebce pozostał tylko wieniec barwikowy jako ślad po przyczepinach. V $^5/_{15}$ do $^5/_{10}$.

16. Października II. injekcya.

17. Października zaledwie ślad nastrzykania rzęskowego.

19. Października III. injekcya.

22. Października oko całkiem blade, ciecz wodna czysta, źrenica jak najbardziej rozszerzona, V $^5/_6$; wystąpił z kliniki.

27) Stanisław S., lat 25, chory przychodni. *Iritis serosoplastica oculi dextri.* 7 injekcyj, z początku rozczynu 1:1000, po przedziałce, później 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — polepszenie.

Przyczyna nie znana. Dwie szerokie tylne przyczepiny, kilka dużych osadów na błonie Descemetego. W miarę wstrzykiwań nastrzykanie rzęskowe równie jak i inne objawy zapalne ustępują, osady zmniejszają się; tylko tylne przyczepiny nie rozerwały się mimo energicznego zapuszczania atropiny. Z powodu spraw osobistych chory wyjechał z okiem bladem i zaledwie dostrzegalnemi osadami do domu; zalecono mu wewnętrznie jodek sodu. Gdy po 6 tygodniach przedstawił się znów w klinice ruchomej, osadów nie było ani śladu, oko było blade, dwie tylne przyczepiny jak dawniej.

28) Marek B., lat 59, klinika stała. *Iritis plastica acuta rheumatica oculi dextri.* Sześć injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — z dobrym skutkiem.

Terapia od 24. Lutego do 14. Marca. Ciepłe okłady, atropina i salicylan sodowy wewnętrznie po 1·0 dziennie; przy tem leczeniu *chemosis* i bóle ustąpiły, źrenica z wyjątkiem kilku tylnych przyczepin rozszerzyła się dobrze; pozostało jeszcze mocne nastrzykanie rzęskowe i częściowe zarośnięcie źrenicy. V jak w dniu przyjęcia $^1/_{60}$. Przystąpiłem do wstrzykiwań sublimatu, odrzuciwszy wszystko prócz zapuszczania atropiny co 3 godziny. Po 2 injekcyach objawy zapalne zmniejszyły się znacznie, V $^3/_{60}$; po 4 injekcyi V $^4/_{60}$, po 5. V $^5/_{50}$, po 6. oko wybladło całkiem, V $^5/_{20}$; błonka w źrenicy pozostała i kilka tylnych przyczepin.

29) Franciszka B., lat 36, szpital św. Łazarza. *Iritis plastica oculi dextri idiopathica.* 2 injekcye rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie.

Chora na oko prawe od 3 tygodni, przyczyny wykazać nie można. Dość znaczne nastrzykanie rzęskowe i spojówki gałkowej, źrenica nierówna, postaci prawie trójkątnej, trzy tylne, szerokie przyczepiny od dołu, od góry wewnątrz i od zewnątrz. V $^5/_{20}$.

16. Marca I. injekcya, atropina co 3 godziny.

17. Marca nastrzykanie nieco mniejsze, źrenica więcej rozszerzona, przyczepina od zewnątrz rozerwana. V $^5/_{10}$.

18. Marca nastrzykanie znacznie mniejsze, źrenica ku zewnątrz dobrze rozszerzona, dwie przyczepiny utrzymują się. V $^5/_{10}$ — $^5/_6$.

19. Marca zaledwie ślad nastrzykania; II. injekcya.

21. Marca oko jeszcze lekko zaróżowione. V $^5/_5$.

28. Marca oko całkiem blade, atropina tylko dwa razy dziennie.

31. Marca wyszła całkiem wyleczona, pozostały dwie przyczepiny.

30) Marya S., lat 31, szpital św. Łazarza. *Iritis serosoplastica luetica oculi sinistri.* 4 injekcye rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — znaczne polepszenie.

Przy injekcyach zmniejszyły się objawy zapalne, V z $^{2 \cdot 5}/_{60}$ poprawiła się na $^5/_{30}$ w przeciągu dni sześciu, poczem z powodu objawów kiły przystąpiono do wcierań maści szarej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

pierwszy asystent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Tak samo jest z torbielami jajnika. O niektórych można powiedzieć z góry, że będą stanowić groźne powikłanie ciąży i te bez wahania trzeba wyjąć; tem bardziej oczywiście, jeżeli ciężkie objawy, jak skręcenie, pęknięcie i t. d. już wystąpiły. Inne, niewielkie, znajdujące się ponad wchodem, powoli rosnące, nie przeszkadzają i najprawdopodobniej nie będą przeszkadzać w ciąży i podczas porodu; te trzeba zostawić, ale osobę chorą obserwować pilnie. Bo choć wszystko zdaje się, że przemawia zatem, że w danym przypadku nic nie grozi, to przecież wystąpić może niespodziewanie jedno z powikłań, o których wyżej była mowa, n. p. skręcenie szypuły. Czasu wtedy dosyć na zabieg operacyjny, który, o ile wnosić można z opisanych w literaturze przypadków, nie jest niebezpieczniejszy ani dla matki ani dla płodu. I tak w przypadkach Terillona, dwóch Schrödera, Heilbrunna, Küstnera, Olshausena, Fromm'a, dwóch Riedingera[1]) i naszym VII-mym (we wszystkich operowano po skręceniu szypuły) zabieg zakończył się najzupełniej korzystnie dla matki i dla dziecka; tylko w przypadku Chiary[2]) wystąpiło poronienie nazajutrz po zabiegu,

[1]) Cyt. z Dsirnego l. c.
[2]) Dsirne l. c.

poronienie, które jest aż zbyt dobrze usprawiedliwione tem, że macicę w 7-mym miesiącu ciężarną nakłuto przed operacyą i podczas niej. Inna rzecz, jeżeli mimo objawów skręcenia szypuły nie operuje się lub operuje zbyt późno; nie ulega wątpliwości, że wtedy wystąpić może poronienie a nawet zejście śmiertelne. I tak w przypadku 1-szym Spencera Wellsa trwała ciąża wśród objawów zapalenia otrzewnej i skręcenia szypuły więcej niż dwa miesiące; mimo to nie wykonano zabiegu a autopsya po porodzie wykazała, że rozpoznanie skręcenia było dobre. Również w przypadku trzecim, zakończonym śmiercią trwały przed porodem najwyraźniejsze objawy skręcenia szypuły i zapalenia otrzewnej więcej, niż przez dwa miesiące. Jest wielce prawdopodobnem, że owaryotomia wykonana w tych przypadkach bezpośrednio po pojawieniu się pierwszych objawów skręcenia szypuły byłaby wyratowała matkę a najprawdopodobniej i dziecko.

Kończąc rzecz o leczeniu w ciąży, zebrać mogę wyrażone wyżej uwagi w następujących zdaniach:

1) U każdej pacyentki ciężarnej z guzem jajnika, która szuka porady a którą ma się stracić z oczu, wskazana jest owaryotomia. Jeżeli z jakiejkolwiek przyczyny zabieg ten nie da się wykonać, należy

a) wykonać punkcyą, jeżeli guz wypełniony jest płynem i jest tak duży, że sprowadza duszność, obrzęki kończyn, grozi poronieniem i t. p. lub

b) przerwać ciążę, jeżeli guz (nie dający się wyciąć) jest stały i tak duży lub tak niekorzystnie umieszczony, że obok niego ciąża nie może się rozwijać bez narażenia chorej na poważne niebezpieczeństwa. Wzniecenie poronienia w każdym przypadku a potem bezpośrednio owaryotomia, jak chce Mausell-Moulin[1]), jest propozycyą wprost niezrozumiałą.

2) U pacyentki, która ma pozostać w obserwacyi, wskazane jest

a) wyczekiwanie, jeżeli umieszczenie, wielkość i ruchomość guza pozwalają się spodziewać prawidłowego przebiegu ciąży i porodu. To wyczekiwanie musi bezzwłocznie ustąpić miejsca leczeniu czynnemu z chwilą wystąpienia objawów grożącego poronienia, skręcenia szypuły, krwotoku do guza, pęknięcia torbiela, zapalenia otrzewnej i t. p.

b) We wszystkich przypadkach, w których guz jajnika u ciężarnej wywołuje lub w skutek wielkości, konsystencyi i umiejscowienia najprawdopodobniej wywoła groźne objawy w ciąży, podczas porodu lub w połogu, należy wykonać owaryotomią a tylko w razie, gdyby nie dała się wykonać lub była bardzo trudna, należy się uciec do innych sposobów leczenia, t. j. punkcyi lub przerwania ciąży.

Zatrzymałem się nieco dłużej nad leczeniem w ciąży, bo też ono najwięcej przedstawia trudności i najwięcej zdań spornych.

Leczenie podczas porodu jest daleko naturalniejsze i łatwiej zrozumiałe, bo jest wywołane potrzebą chwili i z natury rzeczy jest doraźne. Zostawiając z reguły poród siłom natury, wkraczamy tylko wtedy z terapią, kiedy z jakichkolwiek przyczyn siły te nie mogą wystarczyć. Pomijając nieprawidłowe położenia, które usuwa się w zwykły sposób, do leczenia skłonić nas może: 1) niestósunek porodowy, 2) słabe bóle, 3) nagłe zdarzenia podczas porodu, jak skręcenie, pęknięcie torbiela i t. p.

Niestósunek porodowy bywa zwykle bezwzględny i wywołany przez guz znajdujący się w miednicy małej. Można go albo *a)* usunąć albo *b)* obejść. Wybrać należy pierwszą drogę, jako mniej niebezpieczną. Polega ona na: 1) odprowadzeniu guza ponad wchód, 2) na pomniejszeniu guza, 3) na pomniejszeniu dziecka, 4) na usunięciu guza czyli na wykonaniu owaryotomii przez pochwę lub przez laparotomią.

Niestósunek porodowy można obejść w ten sposób, że wykonywa się cięcie cesarskie.

Wszystkie te sposoby są dobre, jeśli ich użyje się we właściwym przypadku.

Lomer[1]) a za nim Charpentier zestawiają wskazania lecznicze w następujący sposób:

1) W każdym przypadku należy naprzód próbować odprowadzenia guza.

2) Jeżeli się nie udaje, należy zawsze i w każdym przypadku próbować punkcyi guza.

3) Jeżeli treść torbiela z przyczyny gęstości nie może wyjść przez trójgraniec, należy szeroko naciąć ścianę torbiela.

4) Wszystkie zabiegi operacyjne, użyte przed pomniejszeniem guza należy uważać za zbyt niebezpieczne.

5) Jeżeli guz jest stały, można wybierać pomiędzy cięciem cesarskiem a perforacyą; decyzya musi być rozmaita, stósownie do przypadku i zawisła od zapatrywań akuszera.

Ze swojej strony dodaje jednak Charpentier, że jest stanowczym przeciwnikiem cięcia cesarskiego i daje pierwszeństwo embryotomii.

Zwykłe zabiegi położnicze, jak kleszcze i obrót z wydobyciem płodu, użyte celem przezwyciężenia niestósunku są bardzo niebezpieczne, jak tego dowodzą cyfry rozmaitych statystyk *(Playfair)*. Może najgorsze wyniki otrzymuje się po obrocie. Że wyniki tych zabiegów położniczych, które mają na celu forsowne przezwyciężenie niestósunku a nie usunięcie lub obejście go, są tak niekorzystne, nikogo chyba dziwić nie może. Wszak niezbędne tutaj użycie siły musi sprowadzić zgniecenie i zmiażdżenie części miękkich a często i pęknięcie guza.

Z naszych przypadków porodowych najbardziej pouczającym jest przypadek IV-ty, w którym wykonano cięcie cesarskie, rozpoznawszy *fibroma retrocervicale*. Zdawało się, że rozpoznanie usprawiedliwia twardość guza i pozorny związek z tylną ścianą szyi macicznej.

Sekcya wykazała torbiel jajnika. Że w jamie Douglasa uwięzły a nadto na dół partą główką przyciśnięty torbiel może być tak twardym, że nie okazuje wcale chełbotania, na to wielu autorów zwraca uwagę. Łatwo wtedy, jak w naszym przypadku zdarzyć się może pomyłka rozpoznawcza. Co więcej, twardość torbiela może być wówczas większa, niż włókniaka, jak to być musiało w przypadku, w którym Baudelocque zamiast torbiela rozpoznał narośl kostną *(exostosis)* miednicy małej.

Dlatego zupełnie słusznie i z naciskiem zwraca uwagę Lomer, że, o ile nie uda się odprowadzenie guza, należy

[1]) Mausell Moulin: The British Gynecol. Journal. 1892. XXXI.

[1]) Lomer: Archiv f. Gynäkol. 1882. p. 301.

zawsze i w każdym przypadku próbować punkcyi nawet, gdyby twardość i brak chełbotania zdawało się, że wykluczają treść płynną torbiela.

Zestawiłem pokrótce i pobieżnie główne zasady leczenia podczas porodu; zastanawianie się nad szczegółami, niewątpliwie interesującymi zaprowadziłoby nas zbyt daleko. Zresztą nad rzeczą tą zastanawia się dokładniej w swojej pracy Dr. Jan Rosner[1]) i tam podaje zapatrywania szkoły ś. p. prof. Madurowicza. Jeszcze krócej załatwić się możemy z leczeniem guzów jajnika w połogu. Nie ulega wątpliwości, że połóg (6 tygodni) nie jest czasem najodpowiedniejszym dla zabiegów operacyjnych, n. p. owaryotomii, choćby tylko z powodu przekrwienia, jakie towarzyszy zwijaniu się macicy. Mimo to nie należy się wahać, ile razy zajdzie potrzeba owaryotomii z przyczyny skręcenia szypuły, pęknięcia, zropienia guza i t. d. W naszym przypadku VI-tym wynik po zabiegu, wykonanym w bardzo niekorzystnych okolicznościach u położnicy, był na podziw dobry.

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Zbiory muzeum w New-Scotland-Yard.

Wiek pary i elektryczności można słusznie dziś nazwać także wiekiem dynamitu i machin zniszczenia.

Od chwili odkrycia własności wybuchowych nitrogliceryny, wynalezionej w r. 1847. przez Sobrerę w Paryżu, postęp w wynajdywaniu nowych substancyj wybuchowych jest wielki. Inżynier Nobel wynalazł dynamit, napawając ziemię (*Kieselguhr*) nitrogliceryną, potem zrobił dualinę, mięszając nitroglicerynę z trocinami drzewnemi. Nie dość było ludzkości poprzestać na tych materyałach wybuchowych; wrogo względem siebie usposobione narody prześcigały się w nowych odkryciach — i tak wynaleźli Niemcy roburyt, substancyę wybuchową, utworzoną z azotanu amonowego i metadynitrobenzolu, Francuzi zaś (Turpin) wynaleźli w ostatnich latach tajemniczy melinit, będący mięszaniną kwasu azotowego i karbolu.

W miarę tych wynalazków kazuistyka zbrodni, popełnianych temi wybuchowemi materyałami wzrastała z roku na rok pokaźnie, aż w latach ostatnich poczęła się tak raptownie wzbogacać dzięki anarchistom, iż zagrożone społeczeństwa były zmuszone wystąpić z surowemi przepisami. Gdy i w naszym kraju wydarzyły się przypadki zbrodni dokonanych za pomocą dynamitu (morderstwa dokonane za pomocą dualiny opisał prof. Blumenstok), przeto usprawiedliwionem będzie zdanie sprawy z artykułu zamieszczonego w kwietniowym numerze b. r. *Annales d'hygiène publ. et de médecine légale*, przetłómaczonego z *The Strand Magazine* 1894. a opisującego różne machiny wybuchowe, wykonane z finezyą a znalezione jeszcze przed wybuchem w rozmaitych miejscowościach Anglii. Mechanizm niektórych machin jest nader sprytnie obmyślanym. Machiny te złożone są w muzeum w New-Scotland-Yard, którego naczelnikami są znawcy zawodowi, pułkownicy Majendie, Forel i chemik Dr. Dupré. Znawcy ci rozróżniają: machiny wybuchowe, rakiety i bomby.

Machiny, które muzeum posiada, są już to mniej, już to więcej skomplikowane. Wybuch w Salford w roku 1881. wywołała machina w postaci niewinnego biberona (flaszki do ssania z niej mleka dla dzieci), innym razem znaleziono machinę podobną do złudzenia do bryły węgla kamiennego. Bryła ta zawierała w sobie substancyą, któraby wybuchnęła w chwili wrzucenia bryły do ogniska. Właściwe machiny piekielne są to puszki już to z drzewa, już to z metalu, mieszczące przyrząd zegarowy, za pomocą którego można najdokładniej oznaczyć godzinę, w której wybuch ma nastąpić. Jeden z prostszych mechanizmów polega na następującem urządzeniu: przyrząd zegarowy łączy się z małym nożykiem, który w oznaczonej godzinie przecina sznurek utrzymujący w zawieszeniu metalowy ciężarek. Ciężarek ten pada wówczas na kapslę, zapala ją — wybuch kapsli zapala właściwy nabój i tak następuje wybuch. W Paddington znaleziono na dworcu kolejowym machinę w postaci skrzynki na śmieci. Mieściła ona w sobie budzik amerykański, połączony z małym pistoletem za pomocą miedzianego drutu; w oznaczonej chwili miała sprężyna budzika ugodzić w rękojeść pistoleta, skutkiem czego musiałby nastąpić wybuch naboju założonego na panewce a tem samem i naboju właściwego. Podobnie była urządzona machina Thomasa, sprawcy katastrofy w porcie bremeńskim. Przerażenie wzbudzają małe machiny w postaci prawdziwych cygar, w których wnętrzu mieści się nabój wybuchający zawinięty w błękitny papier. Jakżeż straszny los spotkać musi człowieka, który nieopatrznie przyjmie i zapali podobne cygaro!

Drugim rodzajem broni wybuchowych są rakiety, wykonane ze skręconych włókien konopnych z przewodem w środku, który wypełnia proch armatni, zapalający się za pomocą lontu.

W Cork znaleziono machinę w postaci skrzynki zawierającej przyrząd zegarowy, połączony z rodzajem rakiety nabitej prochem armatnim. Przy podniesieniu wieka skrzynki miał przyrząd zegarowy zapalić ową rakietę.

Przez bomby rozumieją znawcy te machiny, które wybuchają w skutek wstrząśnienia. Kształty bomb znanych były różne a muzeum w New-Scotland-Yard posiada bomby walcowate, jajowate, wrzecionowate i t. d. Jedna z bomb znajdujących się w tem muzeum, bomba Dalyego, zawierała oprócz substancyi wybuchowej mały flakon z kwasem siarkowym i kulę ołowianą na jej dnie; za wstrząśnieniem bomby kula ołowiana musiałaby rozbić flakon, kwas siarkowy wylałby się wówczas na nabój i wywołałby jego zapalenie się i wybuch. Kwas siarkowy spełnia w bombach rolę lontu lub kapsli, on to bowiem zetknąwszy się z substancyą wybuchową, zapala ją i wywołuje katastrofę. *(Revue d' hygiène et de médecine légale.* Kwiecień 1894). *Wachholz.*

Strassmann i Kirstein: O dyfuzyi trucizn w zwłokach.

Wyniki dalszych badań autorów w tym przedmiocie wykryły, co następuje:

Różne przetwory trujące a pomiędzy niemi i arszenik przenikają ściany żołądka zwłok i rozchodzą się po okolicznych narządach.

Ta dyfuzya odbywa się *per continuitatem;* ztąd też można wykryć przetwory te po upływie pewnego czasu w tak zwanych drugich drogach (arsen już po upływie 12-tu dni a nawet wcześniej) mimo, iż trucizny nie zadano za życia a zatem, iż ona nie mogła uledz wchłonięciu. Obecność trucizny w miąższu lewej nerki a brak jej w prawej nerce, przemawia za wprowadzeniem trucizny do żołądka po śmierci człowieka; obecność trucizny w obu nerkach w pierwszych tygodniach po śmierci przemawia za zażyciem trucizny za życia. Arsen można wykryć także i wówczas w obu nerkach mimo, iż do wessania nie starczyło czasu, jeźli zadano go w chwili konania.

W każdym przypadku, w którym jest podejrzenie, iż truciznę zadano już po śmierci do żołądka, należy badać chemicznie każdą z nerek z osobna a wnioski ztąd wysnute można jeszcze poprzeć wynikiem badania chemicznego, dokonanego osobno z prawem i lewem płucem, z prawym i lewym płatem wątroby.

Do mózgu nie przesiąka arsen w przeciągu pierwszych 4 tygodni po śmierci chyba, że wprowadzono go nie do żołądka, lecz do gardła. Jeźli truciznę podano po śmierci lub

[1]) Rosner l. c.

na schyłku życia nie do żołądka, lecz do innych części, należy narządy z częściami temi sąsiadujące i odległe położone poddać oddzielnie badaniu chemicznemu. *(Virchow's Archiv.* Tom 137. Zeszyt 1). *Wachholz.*

Toksykologia.

G u y o t: **Zatrucie ołowiem w obiciu.**

Autor przedstawił Towarzystwu lekarskiemu w Paryżu wiejską dziewczynę z porażeniem mięśni kończyn, przeważnie mięśni prostujących *(extensores)*. W przypadku tym myślano o zatruciu ołowiem; gdy jednak żaden inny członek tej rodziny nie okazywał objawów otrucia, odstąpiono od tego rozpoznania. Po 6-ciu miesiącach pobytu w szpitalu wróciła dziewczyna prawie do zupełnego zdrowia, okazując jedynie zanik pewnych mięśni; jednak po upływie krótkiego pobytu w domu i w tym samym pokoju, co poprzednio, zapadła ponownie na dawniejsze swe cierpienie. Ponieważ znowu nasunęła się myśl otrucia ołowiem, zbadano naczynia kuchenne pod względem obecności tego metalu, nie wykryto go jednak. Wówczas zbadano chemicznie obicie pokoju zamieszkiwanego przez ową dziewczynę i znaleziono w niem znaczną ilość ołowiu.

Wobec tego jest rzeczą prawdopodobną, iż dziewczyna wdychając pył zawierający ołów z obicia dostała owego przewłocznego zatrucia. *(Vierteljschrft für ger. Med.* F. III. Tom VIII. Z. 1. Lipiec 1894). *Wachholz.*

S t e r n: **O zmianach w nerkach po otruciu sulfonalem.**

U 70-letniej umysłowo chorej kobiety, która przez kilka miesięcy z przerwami zażywała sulfonal po 1 lub 2 gramy dla sprawienia snu, wystąpiła bez hemoglobinuryi hematoporfinurya, która ustała dopiero w 8 dni po zaprzestaniu zażywania sulfonalu. Dnia ósmego wystąpił u chorej zapad i śpiączka a w dwa dni potem śmierć.

Badanie histologiczne nerek wykazało rozległe obumarcie przybłonków, najwybitniejsze w cewkach krętych *(tubuli contorti)*, nie tak wyraźne we wstępujących ramionach pętli Henlego. W korze znajdywano kępki kanalików, w których nie można było zabarwić jądra przybłonka. W wielu miejscach uległ przybłonek złuszczeniu a granice jego w częściach utrzymanych były zatarte. Kanaliki zbiorowe nie uległy zmianom. W niektórych kłębkach dostrzeżono w małej ilości nitkowate i ziarniste masy skrzepłe, w niektórych miejscach także drobne wynaczynionki. Tętnice okazywały znaczne zgrubienie ścian. *(Deutsche medicinische Wochenschrift.* 1894. Nr. 10). *Wachholz.*

Choroby dzieci.

G r o s s (w Nowym Jorku): **Leczenie** *cholera infantum.*

Autor poleca w samym początku choroby rozpocząć leczenie od wlewania znacznych ilości świeżej wody do jelit i obmywania ciała wyskokiem i zimną wodą. Skutkiem tego obniża się gorączka, dzieci uspakajają się, zasypiają i pocą obficie. W następnych 24 godzinach wstrzymuje się używanie mleka, natomiast podaje się im odwar herbaty, przegotowaną wodę ocukrzoną, kleiki w małych ilościach. Obok tego kilka razy dziennie przepłukiwania jelit wodą słoną, wreszcie wewnętrznie 6 do 8 proszków kalomelu (po 0·01 do 0·02). Autor wyraża nadzieję, że tak lecząc zaraz w początkach, można powstrzymać dalszy rozwój choroby. Jeżeli to leczenie odniosło dobry skutek, radzi jeszcze dzieciom piersią karmionym przynajmniej przez dobę, dzieciom sztucznie żywionym przez kilka dni nie dawać mleka.

Gdy choroba już rozwinięta, obok pożywienia, jak wyżej podano, wlewania do jelit około 1—1½ litra 1% rozczynu soli kuchennej, przebywanie na świeżem powietrzu, wreszcie

Rp. *Calomelanos* 0·005—0.015
Saloli 0·10—0.20
Sacchari albi 0·30
Dentur tales doses sex.

S. Co 2 godziny proszek w gotowanej wodzie.

Wobec już kilkodniowego trwania choroby tylko kilka razy dziennie po 0·10 do 0·20 salolu i równocześnie:

Rp. *Acidi mur. dil.* 15·00
Pepsini 4·50

Cztery razy dnia po 2—3 kropel i to dopóty, aż poprawi się trawienie.

Gdy nieżyt jelit ostry przemienił się w przewlekły, obok podawania salolu (po 0·10 do 0·20) radzi przemywania jelit 1% rozczynem kwasu garbnikowego czyli taniny.

Gdy na pierwszy plan jako objaw groźniejszy występują wymioty, radzi przepłukiwania codzienne żołądka bardzo słabemi rozczynami kwasu solnego. Przepłukiwania te należy robić nawet w zapadzie, stosując równocześnie wlewania rozczynu słonej wody do jelit i zadając wewnętrznie w bardzo małych ilościach środki skrzepiające *(analeptica)*. Ten obfity dowóz wody do organizmu dwoma drogami, ma wywierać bardzo korzystny wpływ na dalszy przebieg choroby.

Poleca także co 3 do 4 godzin kąpiel gorczyczną. Wstrzykiwanie podskórne rozczynu soli uważa za zbyteczne tem bardziej, że natrafia one zwykle na opór ze strony rodziców. *(Therapeutische Monatshefte.* 5. 1893). *Dr. Raczyński.*

C o n n e l: **O używaniu wewnętrznem ciepłej wody w leczeniu niektórych cierpień przewodu pokarmowego u dzieci.**

Stósowane dziś ogólnie z takim zapałem przepłukiwania żołądka i jelit w ostrych chorobach przewodu pokarmowego, naprowadziły autora na myśl podawania wewnętrznie znacznych ilości wody i uzyskania tym sposobem niejako dobrowolnego przemywania żołądka i jelit. Radzi on wobec ostrego nieżytu żołądka i jelit u osesków przedewszystkiem wstrzymanie na 24 do 36 godzin wszelkiego pożywienia. W tym czasie należy za pomocą flaszki używanej zwykle do karmienia, podawać wyłącznie ciepłą wodę, najpierw czystą, potem osoloną lub ocukrzoną. Dzieci mają pić taką wodę chętnie, mogą też dostać jej, ile chcą; wymioty, które mogą się pojawić przy pierwszych dawkach, zwykle nie powtarzają się później, natomiast bóle i drgawki ustępują, zimne kończyny rozgrzewają się i następuje sen. Po 24 godzinach można rozpocząć podawanie w małych ilościach mleka, nie zaprzestając jednak podawania wody.

Autor widział dobre skutki z tego sposobu leczenia, poleca go także w przewłocznych cierpieniach przewodu pokarmowego u dzieci a nawet w zwykłej niestrawności. *(Semaine médicale.* 1893.) *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

— L e c z e n i e k i ł y w s t r z y k i w a n i a m i p o d s k ó r n e m i p r z e t w o r ó w r t ę c i o w y c h. Z dyskusyi w tej sprawie na walnem zebraniu francuskiego Towarzystwa dermatologiczno- syfiligraficznego w Lugdunie od 2. do 4. Sierpnia r. b. wyjmujemy następujące szczegóły:

A u g a g n e u r (z Lugdunu) jako sprawozdawca oświadcza, iż jakkolwiek w ostatnich czasach wysławiano leczenie kiły podskórnemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych, nie wolno zapomnieć, iż dawne sposoby stósowania rtęci czyto wewnętrznie czy zewnętrznie zapomocą wcierań dowiodły swej skuteczności i wystarczają najczęściej, gdy wstrzykiwania podskórne przetworów czyto rozpuszczalnych czy nierozpuszczalnych nadają się do leczenia tylko wyjątkowo z powodu przypadków, które mogą sprawić.

Przedewszystkiem wstrzykiwanie samo jest w pierwszej chwili bolesne a ból ten utrzymuje się nieraz nawet długo z przyczyny odczynu zapalnego naokoło wstrzykniętej substancyi i powstania ztąd guza twardego i bolesnego. Lewin opisał przypadek porażenia nerwu strzałkowego *(nervus peroneus)* po nadwerężeniu przez wstrzyknięcie nerwu kulszowego *(n. ischiadicus)* a objemnik *(véhicule)* wstrzykniętego przetworu może nawet dać powód do zatorów w płucach. Po wstrzyknięciach podskórnych spostrzegano nieraz

przypady bardzo ciężkie a nawet znanych jest z piśmiennictwa 10 czy 12 przypadków śmierci, wolno zaś przypuszczać, iż wszystkich nie podano do wiadomości.

Wobec tego wszystkiego potrzeba koniecznie szczegółowych wskazań do wstrzykiwania podskórnego przetworów rtęci. Otóż te wskazania są bardzo niejasne. Zwolennicy powiadają, iż wstrzykiwania podskórne działają bardzo prędko, coby mogło mieć znaczenie tylko w kile mózgu. Mówi się dalej, iż nawroty czyli recydywy choroby są po wstrzykiwaniach rzadsze, niż po innych sposobach zadania rtęci. Są to jednak tylko wrażenia osobiste, ponieważ przebieg kiły bywa tak rozmaity, iż nie można w tej mierze powoływać się na żadne daty statystyczne. Również wessanie rtęci bywa bardzo różne a niewątpliwie gra tu wielką rolę odczyn zapalny po wstrzyknięciu. Pod tym względem najstalej działają wcierania szaruchy.

Prawdziwem też jedynie wskazaniem do wstrzykiwania przetworów rtęci jest niedostateczność innych sposobów zadawania w przypadkach kiły bardzo ciężkich, co atoli dzieje się nader rzadko. Dlatego rozważywszy dokładnie wszelkie niedogodności i niebezpieczeństwa wstrzykiwania podskórnego przetworów rtęci jest sprawozdawca zdania, żeby je ograniczyć tylko do przypadków wyjątkowych, mianowicie pewnych przypadków kiły mózgowej.

W dyskusyi nad tem zdaniem sprawy Augagneura oświadcza S t u k o w e n k ó w (z Kijowa), że rtęć działa na ustrój tylko wtedy, gdy dostanie się do krwi. Otóż szybkość i stopień wessania rtęci przez krew zależą głównie od ilości i sposobu zadania, składu chemicznego przetworu i do pewnego stopnia od indywidualnej właściwości chorego. Po ustąpieniu objawów choroby obecność we krwi zbyt wielkiej ilości rtęci osłabia organizm i przysposabia grunt pod ciężkie przypady kiły. Otóż wydzielanie moczem pozwala do pewnego stopnia sądzić o ilości rtęci we krwi a dokładne oznaczenie ilości rtęci dziennie moczem wydzielonej daje dokładną wskazówkę do prowadzenia dalej bez zmiany leczenia rtęcią, zmniejszenia lub powiększenia dawki. Zdaniem przemawiającego ilość rtęci moczem wydzielonej nie powinna na dobę przekraczać 4 do 6 miligramów.

Najłatwiej ulegają wessaniu za wstrzyknięciem sole rtęci w wodzie rozpuszczające się i niemi też można najenergiczniej zadziałać, używając nawet dawek bardzo małych. Po tych solach idą połączenia nierozpuszczalne, ale nawet za użyciem kalomelu można po kilku godzinach wykryć rtęć w moczu. Na trzeciem miejscu jest rtęć metaliczna w postaci oleju szarego (*oleum cinereum*), której wessanie odbywa się powoli, zkąd potrzeba wstrzyknąć nieraz więcej, by otrzymać taki sam skutek. Gdy jednakowoż ilość pierwotnie wstrzyknięta utrzymuje się w danem miejscu długo a wessanie odbywa się dalej nawet po ustąpieniu objawów kiłowych, przeto używając oleju szarego wprowadza się do krwi ilości za wielkie lub szkodliwe. Stukowenków używa do wstrzykiwania podskórnego będźwinianu rtęci według przepisu:

97) Rp. *Hydrargyri benzoici* 0.25
Natrii chlorati chemice puri
Cocaini muriatici $\widetilde{aa}$ 0·06
Aquae destil. 30·00

Za wystąpieniem przypadów drugorzędnych kiły wstrzykuje się codziennie po 2 gramy tego płynu pod skórę na pośladkach i to przez miesiąc; po 2 miesiącach pauzy w leczeniu następuje nowy szereg 24 do 30 wstrzyknięć; potem pauza czteromiesięczna i 3-ci szereg wstrzyknięć; później 4. i 5. szereg rozdzielone od siebie pauzą półroczną i roczną.

Wstrzykiwania połączeń rtęci rozpuszczalnych mają tę zaletę, iż działają bardzo rychło a nie tworzą w ustroju złogów twardych i niebezpiecznych. Na 200000 (tak) wstrzyknięć nie miał S. ani razu żadnego niebezpiecznego przypadu. Rozumie się samo przez się, że wstrzykiwania robi się z zachowaniem wszelkich prawideł antyseptyki.

T h i b i e r g e (z Paryża) leczył wstrzykiwaniem przetworów nierozpuszczalnych, prawie wyłącznie oleju szarego 40 chorych i zrobił u nich 157 wstrzykiwań z wielkiemi ostrożnościami antyseptycznemi tak w miejscu wstrzyknięcia (mięśnie pośladkowe) jak i co do strzykawki, bacząc, żeby igła nie dostała się nigdy do naczynia. Wstrzykiwał nieraz po 5 do 10 centygramów rtęci metalicznej (w postaci oleju szarego) i widział po nich tylko dwa razy ropień, najczęściej zaś guzki twarde i bolesne, nieraz nawet nie przeszkadzające chorym w pracy. Wpływ na jamę ustną był bardzo umiarkowany a skutek o wiele rychlejszy, niż po dawniejszych sposobach zadawania rtęci.

Według J u l l i e n a (z Paryża) trzy są wskazania szczegółowe do wstrzykiwania podskórnego przetworów rtęci: 1) nieskuteczność innych sposobów zadawania rtęci 2) konieczna potrzeba działania prędko (Wiadomo, że rtęć ukazuje się w moczu w dwie godziny po wstrzyknięciu podskórnem, w 6 dni po zażyciu wewnętrznem a po 13 do 14 dniach po wcieraniu szaruchy. 3) Potrzeba mocnego nasycenia ustroju rtęcią, jeżeli rozchodzi się o leczenie poronne kiły.

Trzy są też głównie zarzuty robione wstrzykiwaniu podskórnemu przetworów rtęci, 1) tworzenie się ropni, obecnie znacznie rzedsze, niż dawniej, 2) powstawanie guzków twardych i bolesnych, 3) przypady zatrucia zakończone śmiercią w kilkunastu przypadkach, które wszystkie można odnieść do błędów lub nierozwagi. Ażeby uniknąć niebezpieczeństwa wszelkiego ze wstrzykiwań, należy ich używać jedynie u osób z prawidłową czynnością organów moczowych a nigdy u osób słabowitych lub dotkniętych ropieniem.

V e r c h è r e (z Paryża) uważa wstrzykiwania, o których mowa, tylko za wyjątkowy sposób terapeutyczny w obec niedogodności i niebezpieczeństw nie opłacających się korzyścią skrócenia leczenia o 10 lub 14 dni. O leczeniu stanowczem lub poronnem kiły wstrzykiwaniami podskórnemi wolno wątpić.

B a l z e r (z Paryża) widział na 1000 wstrzyknięć w ciągu trzech lat tylko raz ropień a przypadki śmiertelne przypisuje użyciu dawek nadmiernych. Zgadza się z Augagneurem i Verchèrem, iż wstrzykiwania są tylko wyjątkowym sposobem leczniczym, uważa je jednak za dogodne w szpitalu, gdzie rozchodzi się o to, by mieć pewność, iż chorzy są rzeczywiście leczeni i to dawką ściśle oznaczoną.
(*La semaine médicale*. 8. Sierpnia 1894).

— Przeciw kolkom czyli rznięciu w brzuchu u dzieci przy piersi zaleca prof. Escherich w Gracu po 5 miligramów kalomelu trzy razy dziennie a nadto:

98) Rp. *Ttrae opii* *guttam unam*
Aquae laurocerasi *guttas quindecim*
Aquae menthae piperitae
Aquae foeniculi $\widetilde{aa}$ *30·00*
Syrupi simplicis *10·00*
Aquae destil. *30·00*
MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

— Przeciw nieżytowi nosa czyli sapce zaleca Brandenberg niuchanie (zażywanie jak tabaki) proszku:

99) Rp. *Acidi borici subtilissime pulverati* *7·00*
Euphorini *3·00*
(*Les Nouveaux Remèdes*. 14. 1894).

V. VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Nareszcie okazały się losy miłościwszemi nieco dla pokrzywdzonego dotąd Poznania: w r. 1884. mógł on przyjąć IV. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Istniejące począt-

kowo pewne obawy co do powodzenia tego Zjazdu w przebiegu jego rozprószyły się prędko. Jakkolwiek liczba uczestników (około 260-ciu) mniejsza była od poprzednich, co się głównie odległością miasta da wytłómaczyć, to pod względem naukowym i towarzyskim zajął Zjazd wybitne miejsce, co w znacznym stopniu zawdzięczać należało działalności Komitetu gospodarczego pod przewodnictwem Dra Wicherkiewicza.

Pierwsze posiedzenie inauguracyjne odbyło się 2. Czerwca w sali teatru polskiego. Na przewodniczącego wybrany został prof. Szokalski z Warszawy, na wice-prezesów: prof. Majer, prof. Janowsky i prof. Maixner (z Pragi), prof. Rydel (z Krakowa), prof. Dybowski (ze Lwowa), hr. Cieszkowski i Dr. Matecki (z Poznania), Dr. Żuliński (ze Lwowa). Na tem posiedzeniu mieli wykłady: 1) prof. Szokalski: o badaniu i obserwacyi przyrodniczej porównawczo u nas i w innych krajach, 2) Dr. Krówczyński: o wpływie odziedziczania na życie indywidualne i narodowe i 3) inż. Syroczyński: geologiczne badania głębszych warstw ziemi.

Po odczytach tych przemawiali jeszcze czescy profesorowie Janowsky i Maixner.

Sekcyj było dziesięć, 5 lekarskich i 5 przyrodniczych. Do pierwszych z nich należały: 1) chirurgiczna, 2) medycyny wewnętrznej, 3) położniczo-ginekologiczna, 4) okulistyczno-otyatryczna, 5) psychiatryi i medycyny publicznej; do przyrodniczych: 1) sekcya geologii, mineralogii, zoologii i botaniki, 2) matematyczno-fizyczna, 3) chemiczno-farmaceutyczna, 4) antropologiczno-archeologiczna i 5) przyrodniczo-rolnicza. Na drugiem posiedzeniu ogólnem, zamykającem prace Zjazdowe, mieli odczyty: prof. Szokalski: „o Jędrzeju Śniadeckim a mianowicie o wpływie teoryi jestestw organicznych na ogólny rozwój biologii społecznej“, który przyjęto z największem uznaniem, nadto Dr. Rakowski: „o tajemnicy życia“. Na jednem z przyjęć wieczornych urządzono owacyę prof. Szokalskiemu z powodu przypadającego w tym roku jubileuszu 50-letniej pracy lekarskiej. W uroczystości tej żywy udział brali Czesi.

Na ostatniem posiedzeniu odczytał przewodniczący telegram od prezydenta miasta Lwowa, zapraszający doń uczestników V. Zjazdu, co jednomyślnie przyjęto.

Starannie redagowany *Dziennik Zjazdu* uzupełnił sumę dodatnią czynności zjazdowych.

V. Zjazd lekarzy i przyrodników odbył się w 4 lata później, t. j. 1888 r. we Lwowie, od 18—21. Lipca. Udział w nim był bardzo liczny (przeszło 530 osób). Sekcyj urządzono 10, z nich 4 przyrodnicze: 1) zoologiczno-botaniczno-mineralogiczną, 2) matematyczno-fizyczną, 3) chemiczno-farmaceutyczną, 4) przyrodniczo-pedagogiczną i 6 lekarskich: 1) medycyny teoretycznej, 2) medycyny wewnętrznej, 3) medycyny zewnętrznej, 4) ginekologiczno-położniczej, 5) medycyny publicznej, 6) weterynaryi.

Na pierwszem posiedzeniu ogólnem przewodniczący Komitetu gospodarczego, prof. Czyżewicz po mowie powitalnej zaproponował na prezesów Zjazdu: prof. Majera z Krakowa, prof. Baranowskiego z Warszawy, prof. Chodounskyego z Pragi i Włodz. Dzieduszyckiego ze Lwowa, poczem po mowach powitalnych i odczytaniu telegramów nastąpiły odczyty: hr. Dzieduszyckiego: „o wędrówkach ptaków“ i Dra Rollego: „o dziedziczności obłąkania“.

Przez dni następne trwały posiedzenia sekcyjne przeplatane popołudniowemi wycieczkami, przyjęciami i zabawami. Dnia 21. Lipca odbyło się drugie posiedzenie ogólne w sali ratuszowej. Miejscem następnego VI. Zjazdu wybrano Kraków, postanowiono zaś zbadać, czy byłoby możliwem na przyszłość odbywanie Zjazdów i w innych większych miastach prowincyonalnych Galicyi. Przewodniczącymi Komitetu VI. Zjazdu wybrano prof. Rydygiera i Rostafińskiego z Krakowa. Po odczycie Dra Krówczyńskiego: „o profilaktycznych dążeniach nowoczesnej medycyny“, odczytał Dr. Merunowicz listę nagrodzonych wystawców z wystawy lekarsko-przemysłowej, poczem po przedstawieniu wniosków sekcyj, przewodniczący prof. Majer w serdecznej przemowie ogłosił zamknięcie Zjazdu V.

Zjazd ten oprócz bogatego materyału naukowego pozostawił po sobie trzy pamiątki doniosłego znaczenia: dwie z nich dotyczą podniesienia zdrowia publicznego w kraju a mianowicie założenie muzeum higienicznego we Lwowie i zawiązanie towarzystwa higienicznego. Trzecią, najważniejszą może i najpłodniejszą w owoce dla nauki polskiej, stanowi utworzenie za inicyatywą prof. Rydygiera Towarzystwa chirurgów polskich z siedzibą w Krakowie, gdzie też poczynając od r. 1889. odbywają się rok rocznie pod przewodnictwem projektodawcy Zjazdy chirurgów polskich.

Przedostatni VI. Zjazd lekarzy i przyrodników, który odbył się przed 3 laty w Krakowie, zbyt świeżo jeszcze jest w pamięci wszystkich, abyśmy potrzebowali szczegółowiej go przypominać. Przedstawiał on dowód ogromnego postępu w rozwoju Zjazdów; ilość uczestników dosięgała prawie tysiąca, liczba oddzielnych sekcyj wzrosła do 16-tu. Niemniej ważnemi były wnioski sekcyj i członków przedstawione i aprobowane na ostatniem posiedzeniu ogólnem. Przypomnimy z pomiędzy nich jeden, wniesiony przez sekcyę higieny a mający ważne znaczenie ogólne dla Zjazdów. Brzmi on: „Aby Zjazdy miały praktyczną wartość, pożądanem jest, żeby zachować pewien związek pomiędzy jednym Zjazdem a drugim i żeby komitet poprzedniego Zjazdu przekazywał komitetowi następnego zapadłe uchwały i zawiadamiał, jaki los je spotkał“. Myśl wniosku najzupełniej słuszna i pożyteczna; jeżeli bowiem Zjazdy, według słusznego określenia prof. Rydygiera w mowie przy zamknięciu tego Zjazdu: „są nietylko żniwami z trzechletniej pracy, lecz i zasiewem na przyszłość“, to obowiązkiem jest czuwanie nad przyjęciem się tych zasiewów i pomyślnym ich rozwojem.

Miejscem następnego VII. Zjazdu obrano na zaproszenie Dra Święcickiego Poznań, lecz w roku zeszłym na prośby kolegów lwowskich ze względu na wystawę krajową stolica wielkopolska zrzekła się na ten raz praw swoich na rzecz Lwowa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 16. Sierpnia 1894 r.

— Z urzędowego zdania sprawy Dra Yersina, o którym wspominaliśmy na tem miejscu w numerze poprzednim, wyjmujemy następujące szczegóły:

Czas wylęgania się czyli inkubacyi zarazy morowej wynosi od 4 do 6 dni, poczem choroba występuje obcesowo w postaci nadzwy-

czajnego osłabienia i wyczerpania sił. Zaraz pierwszego dnia okazuje się dymienica, często tylko jedna, przeważnie w pachwinie. Gorączka jest ciągła a towarzyszy jej bredzenie. Częstszem jest zaparcie stolca, niż biegunka. Śmierć następuje po 24 godzinach lub po upływie 4 do 5 dni. Jeżeli życie trwa dłużej niż 4 lub 5 dni, dymienica mięknie a rokowanie staje się lepsze.

Badanie krwi bakteryologiczne osób żyjących nie wykazało mikrobów ani wprost ani przez hodowanie. Natomiast dymienice zawierają mnóstwo laseczników bardzo małych, krótkich, z końcami zaokrąglonemi, niebarwiących się sposobem Grama, lecz nabierających barwy od fioletu goryczkowego (*gentiana*). Laseczniki te znajdują się i w nieobrzmiałych gruczołach limfatycznych tudzież w wątrobie i śledzionie, które jednak obrzmiewają.

Myszy szczepione odrobiną miazgi z dymienicy giną po 24 godzinach a autopsya wykazuje właściwe laseczniki w gruczołach limfatycznych, w rozmaitych organach wewnętrznych i we krwi, gdzie jednak są dłuższe i smaglejsze niż u człowieka. Podobne zmiany organiczne pojawiają się u świnek morskich po zaszczepieniu.

Z pięciu myszy zaszczepionych krwią zginęła tylko jedna i to 4-tego dnia.

Mikrob dżumy daje się łatwo hodować na galarecie, na której tworzy jednostajną powłoczkę białą.

— W szpitalu Rudolfa we Wiedniu (Landstrasse, Boerhavegasse Nr. 2. i Rudolfsgasse Nr. 15.) otwarto z polecenia ministerstwa spraw wewnętrznych w Lipcu r. b. publiczny zakład szczepienia ochronnego wścieklizny podług metody Pasteura i oddano go do użytku ogólnego.

Szczepienie odbywa się codziennie od 10 do 11 rano, ambulatoryjnie i na teraz całkiem bezpłatnie.

Chcący poddać się szczepieniu, które trwa od 12 do 14 dni, winien przynieść ze sobą świadectwo (czyli certyfikat), które ma zawierać następujące szczegóły: 1) Nazwisko i miejsce zamieszkania lekarza lub weterynarza, wymienienie władzy, który wydał lub która wydała świadectwo; 2) Imię i nazwisko, wiek, stan, przynależność do gminy i miejsce stałego zamieszkania osoby, dla której wydane jest świadectwo; 3) Dokładne oznaczenie czasu, w którym osoba mająca poddać się szczepieniu, została pokąsaną; 4) Dokładne opisanie (wielkość, rasa i t. d.) zwierzęcia, które ukąsiło; 5) Odpowiedź na pytanie, czy rana z pokąsania krwawiła; 6) Odpowiedź na pytanie, jak sobie postąpiono z raną po ukąszeniu; 7) Nazwisko i adres właściciela zwierzęcia; 8) Odpowiedź na pytanie, czy zwierzę badano przed jego śmiercią lub po niej i co okazało to badanie; 9) Odpowiedź na pytanie, co ostatecznie stało się z tem zwierzęciem; 10) Doniesienie, czy to zwierzę było także pokąsane i na jaki czas przed jego zachorowaniem; 11) Odpowiedź na pytanie, czy zwierzę po zachorowaniu zmieniło swe wejrzenie i zachowanie się; 12) Odpowiedź na pytanie, czy zwierzę pokąsało jeszcze inne jakie zwierzęta i które; 13) Odpowiedź na pytanie, czy to zwierzę jeszcze pokąsało inne osoby i które; 14) Daty i podpis, w odpowiednim przypadku z dodaniem pieczęci.

Tylko ci chorzy będą przyjęci do szpitala, których rana z pokąsania tego wymaga. Inni muszą sami postarać się o mieszkanie i wikt.

Jest rzeczą bardzo pożądaną, żeby lekarze i władze odsyłali do zakładu ochronnego szczepienia wścieklizny tylko takie osoby, które zostały pokąsane przez zwierzęta niewątpliwie wściekłe lub o wściekliznę w sposób całkiem uzasadniony podejrzane.

Ze zwierzętami, które pokąsały ludzi, należy postąpić sobie według obowiązujących przepisów (§. 35 ustawy z 29. Lutego 1880 roku Dz. praw. państwa Nr. 35. i rozporządzenie ministeryalne z 12. Kwiet. 1880. Dz. praw. państwa Nr. 36.) a w razie sekcyi nadesłać zakładowi szczepienia ochronnego ich czaszkę nieotworzoną.

Zranienia ograniczające się do zdarcia przyskórka, ukąszenia przez grube suknie z wciśnieniem tylko zębów nie potrzebują leczenia w zakładzie.

— Pierwszy kongres francuski dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w roku bieżącym w Lugdunie od 25. do 29. Października. Na porządku dziennym znajdują się do dyskusyi: 1) Etyologia i patogeneza moczówki (*diabetes*). 2) Znaczenie kliniczne chemizmu żołądkowego. 3) Afazya.

— Pewien praktyczny lekarz w Szwajcaryi liczył podometrem kroki swe zrobione w ciągu roku i obrachował, że ich zrobił 9.670.000 czyli dziennie średnio po 26.740, z czego wypada 600.000 do 700.000 na schody, t. j. po 1500 do 2000 kroków dziennie. Biorąc średnio po 2 metry na trzy kroki, wypada długość drogi dziennie przebytej na $17^1/_2$ kilometra.

— Sejm islandzki uchwalił projekt do prawa, mocą którego ma na Islandyi powstać uniwersytet z wydziałem teologicznym, prawniczym i lekarskim.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Warszawie Dr. Henryk Podowski, b. lekarz naczelny szpitala św. Łazarza, urodzony w Warszawie w r. 1804, ukończył tamtejszy Wydział lekarski w r. 1829, stopień doktora otrzymał w Berlinie w 1830 r. Od r. 1830 do 1832 był ordynatorem szpitala św. Ducha, w r. 1832 mianowany lekarzem szpitala św. Łazarza, został w r. 1838 jego lekarzem naczelnym i był na tej posadzie do r. 1882. Był także przez wiele lat członkiem Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego. — W Krynicy w dniu 6. b. m. Dr. Michał Bojasiński, właściciel zakładu leczniczego w Grodzisku pod Warszawą. — W Kalaraszu w Rumunii w dniu 6-go b. m. w 53. roku życia Dr. Franciszek Artur Frankiewicz, lekarz rządowy. — W Lugdunie profesor higieny w tamtejszym Uniwersytecie Dr. Rollet. — Dr. Mazard, były profesor kliniki lekarskiej w Limoges. — Dr. Chomiakow, profesor kliniki terapeutycznej w Kazaniu. — Dr. G. E. Fenwick, profesor kliniki chirurgicznej w Montréal. — Dr. M. Lesonna, profesor anatomii porównawczej i dyrektor instytutu zoologicznego w Turynie. — Dr. O. T. Sandahl, profesor farmakologii w Sztokholmie.

Redakcya otrzymała:

Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyą *Gazety lekarskiej*. Seryi VI. Zeszyt 5., 6. i 7. M. Hirsch. Suggestya i hypnoza. Przełożył Adam Wizel. Warszawa 1894. Duża 8-ka, str. 131.

Antoni Kuczyński: Tani i prosty aspirator. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Dr. Bronisław v. Skałkowski: Ueber das Verhältniss gewisser Durchmesser des kindlichen und des mütterlichen Schädels. (Odbitka z *Archiv für Gynaekologie*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 25. Sierpnia 1894 r. Nr. 34.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmuje:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisł. w Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Trzy rzadkie przypadki obrażenia części rodnych kobiecych.

Podał
Dr. Franciszek Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

Nie często spotykamy się z przypadkami znaczniejszego obrażenia części rodnych kobiecych, powstałemi przez spółkowanie lub też przez upadnięcie na jaki przedmiot. Dopiero w ostatnich latach pojawiają się coraz liczniej spostrzeżenia o zranieniach części rodnych u kobiet nie powstałych ani podczas porodu, ani też nie wywołanych narzędziami w celach zbrodniczych tak, że obecnie wcale pokaźnie przedstawia się piśmiennictwo w tej mierze.

Obrażenia części rodnych kobiecych podczas spółkowania powstać mogą

a) tak u kobiet po raz pierwszy spółkujących, co wydarza się najczęściej,

b) jakoteż u kobiet, które już wielokrotnie spółkowały a przypadki takie opisują F. Spaeth (*Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkol.* Tom XIX) i F. Eklund (*Lyon. méd.* 1891. Tom LXVIII).

c) wreszcie są opisane przypadki zranienia części rodnych podczas spółkowania u kobiet, które poprzód kilka a nawet kilkanaście razy rodziły, czego dowodem przypadek opisany przez Polacco (*Annali di ostetr. e ginec.* 1891. Tom XIII), gdzie u kobiety, która rodziła jedenaście razy, podczas zwykłego spółkowania nastąpiło przedarcie tylnego sklepienia pochwy a dalej przypadek oderwania tylnego sklepienia podczas prawidłowego spółkowania u kobiety, która przedtem kilka razy rodziła, jak to podaje E. Frank (*Prager med. Wochenschrift* 1890).

Zastanawiając się na podstawie dotąd opisanych przypadków nad przyczynami takich obrażeń, przekonać się można, że w bardzo wielu przypadkach dadzą się wykazać zboczenia w układzie rodnym kobiecym, mogące stanowić okoliczności usposabiające, które zatem niejako usprawiedliwiają powstanie takiego obrażenia. Są jednakże opisane przypadki, w których żadnej okoliczności usposabiającej wykazać nie można, gdzie spółkowanie odbyło się w naturalnej pozycyi z kobietą zupełnie zdrową, której części płciowe nie przedstawiały żadnego zboczenia, na co autorowie opisów tego rodzaju przypadków szczególniejszą zwracają uwagę (F. Eklund i E. Frank jak wyżej).

Do okoliczności usposabiających do zranienia części rodnych kobiecych podczas spółkowania, zaliczyć należy przedewszystkiem wszelkie wady rozwojowe części rodnych zewnętrznych i pochwy a więc zbyt twardą, zbitą i niepodatną lub mięsistą a grubą błoną dziewiczą, niedrożność wytworzoną przez zrośnięcie się obu warg mniejszych często aż do wysokości ujścia cewki moczowej, niedrożność lub zwężenie znacznego stopnia pochwy, brak częściowy lub całkowity pochwy, dalej pochwę dwudzielną a wreszcie niedotwórstwo (*hypoplasia*) części rodnych (jak n. p. *vagina infantilis* i t. d.). Tu więc zaliczyć wypada przypadek Hofmokla (*Internationale klinische Rundschau* 1890.) przedarcia częściowego międzykrocza przy pierwszem spółkowaniu u 18-letniej dziewczyny z hipoplazyą części rodnych zewnętrznych i pochwy, brakiem macicy i obu jajników a dalej przypadek przedarcia pochwy ze śmiertelnym krwotokiem opisany przez Dolana (*Provinc Journal* 1890. Tom X. Referat w *Centralblatt für Gynäkol.* 1891. Tom XV.) u dziewczyny, której części płciowe nie zupełnie były rozwinięte. Frank E. (*Prager med. Wochenschrift* 1890.) i Cercha (*Przegląd lekarski* 1889. Nr. 15.) opisują przypadki przedarcia przegrody pochwowej podczas spółkowania u kobiet z pochwą dwudzielną (*vagina septa*); tu prawdopodobnie należy zaliczyć

także przypadek opisany przez Kohna *(Przegląd lekarski* 1885. Nr. 1).

F. Krug (*Medic. Monatschrift* 1889. Nr. XII.) ogłosił przypadek przedarcia całkowitego ściany pochwy aż do odbytnicy podczas spółkowania u dziewczyny 23-letniej, dotkniętej brakiem częściowym pochwy.

Że zaś niepodatna, twarda błona dziewicza może dać powód do znacznego obrażenia przy usiłowaniu spółkowania, wykazują następujące przypadki: Pierwszy opisany przez Bartona Hirsta (*Journal of the american medical. associat.* 1886.), w którym przy usiłowanem pierwszem spółkowaniu błona dziewicza nie została wcale naruszoną, lecz tuż przed błoną dziewiczą powstał otwór prowadzący w tkankę pomiędzy pochwą a odbytnicą, sprowadzając w następstwie przetokę pochwowo-odbytnicową.

Drugi zupełnie taki sam przypadek ogłosił Sawin (*Protok. d. Geb.-gynäk. Gesellschaft in Kieff* 1889.) a trzeci przypadek opisał Springsfeld (*Vierteljahrschrift f. gerichtliche Medicin.* Tom L.), gdzie u 36-letniej dziewicy (*virgo intacta*) powstała przetoka przedsionkowo-odbytnicowa. Autor zwraca uwagę na prawdopodobieństwo istnienia w tym przypadku usposobienia do tego obrażenia w znacznem pogłębieniu zatoki czółenkowatej *(fossa navicularis).* Jessipów zaś (*Centralblatt f. Gynäkol.* 1886. Nr. 18.) opisuje przypadek częściowego na 2 cm. przedarcia cewki moczowej przy usiłowanem pierwszem spółkowaniu u dziewczyny ze zarośnięciem pochwy przez błonę dziewiczą (*atresia hymenalis vaginae*).

Dalszą okolicznością usposabiającą do zranienia części rodnych kobiecych podczas spółkowania są bezsprzecznie zmiany wiekowe pochwy w postaci *colpitis senilis*, dowodem czego opisany przez Himmelfarba (*Centralblatt f. Gynäkol.* 1890. Nr. 23.) przypadek przebicia tylnego sklepienia u kobiety w podeszłym wieku po spółkowaniu z trzema mężczyznami z kolei, jako też przypadek ogłoszony przez Böhma *(Jahresbericht der k. k. Rudolf-Stiftung* 1887.), gdzie podczas prawidłowego spółkowania nastąpiło u wiekowej kobiety przedarcie pochwy z następowym, mocnym krwotokiem.

Wreszcie zmiany powstałe po świeżo dokonanych operacyach, n. p. po kolporafii, gdzie następuje skrócenie i zwężenie pochwy, mogą stanowić również okoliczność usposabiającą do obrażeń części płciowych podczas spółkowania, jak tego dowodzą dwa przypadki F. Spaetha (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk.* 1890. Tom XIX). W pierwszym przypadku u 28-letniej kobiety, która już przedtem rodziła, nastąpiło przedarcie tylnego sklepienia tuż przy części pochwowej podczas pierwszego spółkowania z mężem odbytego w 25 dni po kolpoperyneorafii; w drugim przypadku nastąpiło również przedarcie tylnego sklepienia podczas pierwszego spółkowania w cztery tygodnie po kolpoperyneorafii u kobiety zresztą zdrowej, która już rodziła.

Zmiany w położeniu macicy jak tyłopochylenie i tyłozgięcie znacznego stopnia, zdaje się, że również usposabiają do omawianych obrażeń części rodnych kobiecych, jak to przypuszcza także Frank *(Prager medicin. Wochenschrift* 1890. Nr. 6).

Prócz tego należy zwrócić uwagę, że czynnikiem usposabiającym może być nieprawidłowe nachylenie się miednicy u kobiet, za czem przemawia przypadek opisany przez Borakowskiego (*Wracz* 1886. Referat *Frauenarzt* 1887), gdzie nastąpiło przebicie przegrody pochwowo-odbytnicowej podczas pierwszego spółkowania a badanie wykazało tylko małe nachylenie miednicy i wysokie położenie części rodnych zewnętrznych.

Dalej za okoliczność usposabiającą uważać należy spółkowanie w nienaturalnej pozycyi a więc albo w pozycyi na pół siedzącej lub z wysoko w górę podniesionemi nogami spółkującej, albo też w pozycyi *a tergo*, co potwierdza Frank *(Wiener medicin. Presse* 1889.), opisując przypadek przedarcia tylnego sklepienia z bardzo silnym krwotokiem u kobiety zdrowej podczas spółkowania w pozycyi na pół siedzącej.

W końcu zdaje się, że nie ulega wątpliwości, że spółkowanie podczas, jakoteż bezpośrednio przed lub też po regularności, gdy tkanki części rodnych są silnie przekrwione i stają się tem samem kruche i mniej oporne a dalej, że kilkakrotne gwałtowne spółkowanie, które sprawia nie tylko silne przekrwienie części rodnych kobiety, lecz nawet sprowadza niekiedy opuchlinę prącia mężczyzny, przez co rozmiary prącia znacznie mogą powiększyć się, przyczynia się w znacznej części do wywołania podobnych obrażeń części rodnych kobiecych.

Oprócz tego przyczyną może być wprost niestósunek pomiędzy rozmiarami prącia mężczyzny a częściami rodnemi kobiety. Na tę okoliczność zwraca wyraźnie uwagę Eklund F. *(Trans. d. medic. Gesellschaft von Schweden.* Stockholm 1891. Referat *Jahresbericht* Frommel), wykazując ogromne różnice zachodzące u różnych mężczyzn co do rozmiarów prącia a odpowiednie badania u żołnierzy armii lądowej i marynarki szwedzkiej wykazały, że rozmiary prącia u niektórych były pięć razy większe od rozmiarów prącia u drugich. Przy tej sposobności wspomina Eklund o pewnym fryzyerze, który swoim trzem z rzędu żonom przebił sklepienie pochwy podczas spółkowania i w ten sposób został trzy razy wdowcem.

Już na podstawie powyżej wymienionych przypadków uderzyć musi każdego częstość zranień tylnego sklepienia i tylnej ściany pochwy w stósunku do innych obrażeń z tej przyczyny.

Oprócz poprzód wymienionych opisują jeszcze przypadki przedarcia tylnego sklepienia Barthel *(Centralblatt f. Gynäkol.* 1888. Nr. 48), Rheinstaedter *(Praktische Grundzüge der Gynäkol.)*, Hofmokl *(Internationale klinische Rundschau* 1890), Anderson *(Centralblatt f. Gynäkol.* 1888. Nr. 15) i Chadwik. (Referat w *Centralblatt für Gynäkol.* 1885. Nr. 38). Himmelfarb zaś (*Centralblatt f. Gynäkol.* 1890. Nr. 23), opisuje przypadek przebicia tylnego i prawego sklepienia z następowem, ropnem zapaleniem tkanki około i omacicznej *(para et perimetritis*), który z przyczyny ropnicy zakończył się śmiertelnie.

O przedarciu przedniego sklepienia wspomina tylko Zeiss *(Centralblatt für Gynäk.* 1885. Nr. 8), a przypadek pęknięcia prawego sklepienia bocznego opisał R. Teuffel *(Centralblatt f. Gynäk.* 1890. Nr. 34).

Natomiast pęknięcie tylnej ściany pochwy ogłosili J. Hofmokl (*Bericht der k. k. Kranken-Anstalt Rudolf-Stiftung* 1889) i Schülein (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol.* Tom XXIII. Zeszyt 2), przebicie zaś całkowite przegrody pochwowo-odbytnicowej z następową przetoką pochwowo-odbytnicową opisali Reimann (*Frauenarzt* 1887. Zeszyt 2), Sinajsky *(Russk. Medic.* 1889. Nr. 6), Rheinstaedter

(*Praktische Grundzüge der Gynäk.*) i F. Späth (*Zeitschrift f. Geburth. u. Gynäk.* Tom XIX).

Powiedzieć zatem można, że najczęstszem obrażeniem części rodnych kobiecych podczas spółkowania jest bezsprzecznie zranienie tylnego sklepienia i tylnej ściany pochwy. Natomiast zranienie przedniej ściany pochwy wydarza się prawdopodobnie nadzwyczaj rzadko; z całej bowiem dostępnej mi literatury zdołałem odnaleźć tylko jeden, jedyny i to wątpliwy przypadek podany przez Masalitinowa (*Centralblatt für Gynäkol.* 1885. Nr. 29), gdzie przy pierwszem spółkowaniu miała dziewczyna doznać gwałtownego bólu, poczem miał powstać znaczny krwotok a w parę dni utworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa.

Nie należącym ściśle tutaj, ale bardzo ciekawym jest przypadek zgwałcenia 9-letniej dziewczynki przez 14-letniego chłopca opisany przez Dorffmeistra (*Friedreichs Blätter f. gerichtliche Medicin und Sanitätspolizei.* Tom XXXVIII), gdzie *immissio penis* nastąpiła do cewki moczowej i sprowadziła wypadnięcie i wynicowanie błony śluzowej cewki, która w postaci guza zatykała wejście do pochwy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Zmiany w ciałku szklanem.

31) Efraim R., lat 47, klinika stała. *Opacitates corporis vitrei et synechiae posteriores oculi utriusque.* 10 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza — polepszenie.

W ciałku szklanem liczne drobne męty i większe, płatkowate, ruchome zaćmienia niedozwalające widzieć dna oka.

O. pr. i l. $V = {}^5/_{50}$.

Po 4 injekcyach ciałko szklane wyjaśniło się o tyle, że już widzieć można grubsze naczynia na dnie oka.

O. pr. i l. $V = {}^5/_{15}$.

Po dalszych injekcyach przez 4 tygodnie stósowanych wzrok nie poprawił się już więcej; zaćmień w ciałku szklanem znacznie ubyło tak, że szczegóły dna oka wziernikiem dokładnie widzieć można.

32) Tomasz C., lat 48, klinika stała. *Haemorrhagia in corpus vitreum, iridodialysis totalis post trauma oculi sinistri.* 6 injekcyj rozczynu 1:2000, z początku po 2, później po 3 przedziałki Pravaza — znakomite polepszenie.

Przed kilku miesiącami uderzony kawałkiem żelaza w oko. Tęczówka w całości oderwana leży na dnie przedkowej komórki; całe ciałko szklane zalane krwią tak, że zaledwie miejscami tylko przebija czerwony odblask z dna oka przy oświetlaniu wziernikiem. V ruchy ręki, palców wcale nie liczy.

Po 6 injekcyach (3 po 2 i 3 po 3 przedziałki) zastósowanych w przeciągu miesiąca $V\ {}^6/_{24}$, w ciałku szklanem gdzieniegdzie jeszcze płatkowate, ruchome zaćmienia; szczegóły dna oka już wyraźnie widzieć można wziernikiem.

33) Zofia S., lat 30, klinika stała. *Opacitates corporis vitrei, exitus iridocyclitidis plasticae chronicae oculi utriusque.* 2 injekcye rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza — mierna poprawa wzroku.

W chwili przyjęcia do kliniki V p. o ${}^{0\cdot5}/_{60}$, V l. o. ${}^{1\cdot5}/_{60}$. Wykonano irydektomię na obu oczach i przez 20 dni podawano NaJ wewnętrznie bez żadnego skutku. Po dwukrotnem wstrzyknięciu sublimatu V p. o. ${}^3/_{60}$; V l. o. ${}^{2\cdot5}/_{60}$. Dalszych injekcyj nie robiono, gdyż chora na własne żądanie opuściła klinikę.

34) Laja K., lat 40, ambulantka. *Opacitates corporis vitrei, synechiae posteriores iridis, occlusio partialis pupillae oculi dextri.* 3 injekcye rozczynu 1 : 2000 po 2 przedziałki Pravaza — polepszenie.

Wzrok poprawił się znacznie, zaćmienia w ciałku szklanem ustąpiły po większej części, chora wyjechała zadowolona.

35) Izabela P., lat 53, pacyentka prywatna profesora Rydla. *Opacitates corporis vitrei oculi dextri.* 4 injekcye rozczynu 1 : 2000 po 2 przedziałki Pravaza — znakomity skutek.

Przez 18 dni salicylan sodowy w naparze kwiatu lipowego co 2-gi dzień po 2·0 na dawkę, skutkiem czego wzrok z ${}^6/_{24}$ poprawił się na ${}^6/_{18}$. Przystąpiono do injekcyj, odrzucając salicylan sodowy. Po czterech wstrzyknięciach w przeciągu 11 dni uzyskano poprawę wzroku z ${}^6/_{18}$ na ${}^6/_6$.

Choroby naczyniówki.

36) Laja E., lat 53, ambulantka. *Chorioiditis ad maculam luteam, myopia majoris gradus oculi utriusque.* 10 injekcyj rozczynu z początku 1: 1000 po przedziałce, potem 1 : 2000 po 2 przedziałki Pravaza — polepszenie.

Od trzech miesięcy spostrzega upośledzenie wzroku na obu oczach. O. pr. z — 11 D $V = {}^6/_{60}$, czyta trudno nr. 5. Jaegera, O. l. z. — 10 D $V = {}^6/_{60}$, czyta tylko nr. 13. Jaegera.

Po injekcyach O. pr. $V = {}^5/_{20}$ (z korekcyą), czyta biegle nr. 5. Jaegera, O. l. $V = {}^5/_{30}$, czyta nr. 5. Przedmiotowo wyraźnej poprawy wykazać nie można, wyjechała.

37) Jan P., lat 42, klinika stała. *Chorioiditis ad maculam luteam et residua post extravasatum in maculam, myopia majoris gradus oculi utriusque.* 10 injekcyj rozczynu 1: 2000 po 2 przedziałki Pravaza — poprawy żadnej.

38) Profesor Rydel stósował przez dłuższy czas injekcye w przypadku zastarzałym, leczonym już poprzednio wcieraniami szaruchy i jodem. *Chorioiditis atrophica et haemorrhagia in maculam luteam, opacitates corporis vitrei. Myopia oculi dextri.* Oprócz bardzo nieznacznej poprawy wzroku bez skutku.

Choroby siatkówki i nerwu wzrokowego.

39) Marya S., lat 15, pacyentka prof. Rydla. *Amotio retinae oculi dextri.* Oderwanie utrzymujące się już od 9 miesięcy leczono poprzednio wstrzykiwaniami podskórnemi pilokarpiny. Zrobiono ich na dwa zawody razem 50 bez żadnego skutku. Później zażywała chora jodek potasu, również bez skutku. Zrobiono 13 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2, później po 3 przedziałki Pravaza — osiągnięto polepszenie wzroku z ${}^6/_{24}$ na ${}^6/_{18}$.

40) Ernest Z., lat 25, klinika stała. *Amotio retinae oculi dextri, myopia majoris gradus.* 4 injekcye rozczynu 1: 2000 po 2 przedziałki Pravaza — bez skutku.

Od roku upośledzenie wzroku. Oderwanie od dołu płaskie V z — 7 D ${}^6/_{36}$.

Gdy injekcye nie skutkowały, przystąpiono do wstrzykiwań podskórnych pilokarpiny po 0·01 co drugi dzień. Już po 4 wstrzyknięciach wzrok poprawił się nieco. V ${}^6/_{24}$.

41) Gitla E., lat 52, klinika stała. *Amotio retinae oculi dextri, myopia majoris gradus.* 5 injekcyj rozczynu 1: 1000 po przedziałce Pravaza — bez skutku.

Chora od 3 tygodni. M 13 D; od dołu oderwanie sięgające aż po tarczę, w ciałku szklanem kłaczkowate zaćmienia, dokoła tarczy duże *staphyloma posticum*, w okolicy plamki żółtej ograniczony zanik naczyniówki T — 1, V ${}^1/_{60}$. Gdy po 5 wstrzyknięciach nie było polepszenia, chora nie zgodziła się na dalsze leczenie.

42) Perla B., lat 32, klinika stała. *Amotio retinae oculi sinistri.* 8 injekcyj rozczynu 1 : 2000 po 2 przedziałki Pravaza — bez skutku.

Od 2 tygodni widzi gorzej, myopii nie ma, oderwanie od dołu małe i płaskie przy samej tarczy. V $^{0.50}/_{60}$. Gdy po 8 wstrzyknięciach sublimatu nie było polepszenia, zaniechałem ich i przeszedłem do pilokarpiny. Już po 4 wstrzyknięciach podskórnych pilokarpiny wzrok zaczął się poprawiać a po 10 było V $^{5}/_{30}$.

43) Maciej K., lat 58, szpital św. Łazarza. *Amotio retinae et cataracta incipiens oculi sinistri.* 8 injekcyj rozczynu 1 : 2000 po 2, później po 3 przedziałki Pravaza — poprawa wzroku.

Przed 2 tygodniami dostrzegł podupadanie wzroku oka lewego.

Soczewka okazuje w powierzchownych warstwach kory od dołu i zewnątrz początkowe zaćmienia. Siatkówka oderwana prawie w swojej $^{1}/_{3}$ części od góry i zewnątrz, pomarszczona, białawo-szara, zaćmiona. Tarcza nerwu wzrokowego nieznacznie przyćmiona. V $^{1}/_{60}$.

20. Grudnia 1893. I. injekcya.

23. Grudnia. V $^{3}/_{60}$, II. injekcya.

26. Grudnia. V $^{3.5}/_{60}$, III. injekcya.

3. Stycznia 1894. V $^{5.5}/_{60}$, IV. injekcya.

8. Stycznia. V $^{6}/_{60}$, V. injekcya.

13. Stycznia. V j. w. VI. injekcya, Po dalszych dwóch wstrzyknięciach, wzrok już się więcej nie poprawił.

27. Stycznia opuścił szpital. V $^{6}/_{60}$; oderwanie nieco płassze, jednak nie wyleczone całkowicie.

44) Perla E., lat 19, klinika stała. *Amotio retinae oculi dextri, myopia majoris gradus.* 8 injekcyj rozczynu 1 : 2000 po 2 przedziałki Pravaza — bez żadnego skutku.

Przed rokiem uderzona kijem w okolicę oka prawego; od tego czasu upośledzenie wzroku. Rozległe, lecz płaskie oderwanie, daleko ku obwodowi sięgające; w ciałku szklanem nieliczne, płatkowate zaćmienia. M 16 D. V $^{4}/_{60}$. Gdy po sublimacie nie było polepszenia, przystąpiono do wstrzykiwań podskórnych pilokarpiny, również bez skutku.

45) Laja K., lat 40, ambulantka. *Neuroretinitis oculi sinistri.* 8 injekcyj rozczynu 1: 2000 po 2 przedziałki Pravaza — polepszenie.

Wzrok w przeciągu miesiąca z $^{4}/_{60}$ poprawił się na $^{6}/_{18}$, zaćmienie tarczy znacznie mniejsze, chora wyjechała zadowolona.

46) Marya Z., lat 42, klinika stała. *Neuroretinitis proliferans oculi utriusque.*

Od 2 miesięcy całkiem ślepa. O. pr. i l. V = 0; injekcye, jak łatwo można było spodziewać się, nie odniosły najmniejszego skutku.

47) Rachela I., lat 20, pacyentka profesora Rydla, leczona jako ambulantka. *Neuritis optica oculi dextri.* 11 injekcyj rozczynu a mianowie 2 pierwsze 1: 1000 po przedziałce, 9 dalszych 1: 2000 po 3 przedziałki Pravaza — wynik świetny.

Przed 3 miesiącami poród, w 6 tygodni potem bóle w prawej połowie głowy z nudnościami. Przed 3 tygodniami bóle ustały, natomiast od 2 tygodni dostrzegła upośledzenie wzroku na oku prawem, który się od tego czasu bardzo pogorszył. Dobrze odżywiona, czerstwo wyglądająca osoba nie przedstawia żadnych wyraźnych zboczeń zdrowia ogólnego; rozbiór moczu dokonany przez prof. Stopczańskiego wykazał tylko 0·05% cukru. Bardzo mocne obrzmienie tarczy, jakby w rozpoczynającej się tarczy zastoinowej. Tarcza szara w połowie wewnętrznej, przytem zaczerwienione jej granice bardzo znacznie zamglone a zamglenie to rozciąga się dość daleko w siatkówkę, zwłaszcza wzdłuż naczyń, najdalej ku dołowi. Wybroczyn nie ma. V $^{1}/_{60}$ (palce), Nr. 23. Jaegera trudno i tylko duże litery z Nr. 22.

9. Grudnia 1893. I. injekcya rozczynu 1:1000.

10. Grudnia. V $^{2}/_{60}$, czyta powoli Nr. 22. i składa po literze słowa Nr. 21. Jg.

11. Grudnia. V $^{2.5}/_{60}$, słowa Nr. 19. trudno.

12. Grudnia. V $^{4}/_{60}$, czyta Nr. 18. i słowa Nr. 17. II. injekcya j. w.

14. Grudnia. V $^{5}/_{60}$, czyta Nr. 16. i krótsze słowa Nr. 15.

15. Grudnia. Stanowczo mniejsze obrzmienie tarczy, siatkówka może nieco mniej zaćmiona. V $^{5.5}/_{60}$, czyta trudno Nr. 15. i słowa Nr. 14.

16. Grudnia. V $^{5.5}/_{60}$ jakkolwiek dzień bardzo ciemny, czyta powoli Nr. 14. i krótkie słowa Nr. 13. III. injekcya rozczynu 1:2000.

17. Grudnia. Czyta Nr. 13. i krótkie słowa Nr. 12. trudno.

18. Grudnia. V $^{6}/_{60}$. Snellena czyta Nr. 9. trudno.

19. Grudnia. Tarcza wyraźnie sklęsła, granice jej wyraźniejsze, siatkówka mniej zaćmiona. V $^{6}/_{24}$. IV. injekcya.

23. Grudnia. Tarcza mniej czerwona i mniej zaćmiona, nie obrzmiała wcale, rozdarte jej granice dużo wyraźniejsze, żyły mniej rozdęte, zaćmienie siatkówki mniejsze. Czyta Nr. 8. i słowa Nr. 7. V. injekcya.

25. Grudnia. Wziernik wykazuje dalsze znaczne polepszenie. Tarcza dużo bledsza, jaśniejsza, granice wyraźniejsze, siatkówka o wiele mniej zaćmiona, czyta Nr. 5. Jg.

26. Grudnia. Czyta Nr. 4. biegle, Nr. 3. trudno. VI. injekcya.

27. Grudnia. V $^{6}/_{18}$ nie całe, czyta Nr. 3. biegle Nr. 2 i 1 Jg. z trudnością.

28. Grudnia. V $^{6}/_{18}$ całe, czyta Nr. 1. lepiej.

30. Grudnia. VII. injekcya.

31. Grudnia. Wziernik wykazuje znów znaczne polepszenie, czyta biegle Nr. 1.

2. Stycznia 1894. VIII. injekcya, czyta Snellena 0·5 na 0·15 m.

5. Stycznia. V $^{6}/_{12}$, IX. injekcya.

10. Stycznia. V $^{5}/_{8}$, czyta Snellena 0.5 na 0·32 m. X. injekcya.

12. Stycznia. V $^{6}/_{8}$, XI. injekcya.

14. Stycznia. Tarcza tylko trochę mniej ostro ograniczona od lewej i mniej połyskująca, naczynia prawidłowe, siatkówka jeszcze lekko zaćmiona; V $^{5}/_{6}$ i połowa $^{5}/_{5}$, do domu jodek potasu wewnętrznie.

Z chorób spojówki próbowałem jeszcze wstrzykiwań w trzech przypadkach jaglicy, jednak bez najmniejszego skutku; musiałem więc przystąpić do innego leczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O leczeniu wodogłowia przewlekłego za pomocą punkcyi.

Według wykładu prof. Dra Jakubowskiego na posiedzeniu Towarzystwa lek. w Krakowie w dniu 24. Stycznia 1893 r.

Podał

Dr. Jan Raczyński,

asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

Drugi odpowiedni przypadek nadarzył się dopiero w roku 1892.

2) Ludwik Szczerbak, przyjęty 16. Czerwca w wieku 5 miesięcy; obwód czaszki wynosi 52 cm., ogólny stan bardzo zły, gdyż obok znacznego stopnia wodogłowia znaleziono także objawy nieżytu kiszek. Mimo to, chociaż już z góry bez widoków dobrego skutku, zrobiono punkcyę dnia 20. Czerwca i wypuszczono płynu jasnego 150 grm. Zaraz po wypuszczeniu zmniejszył się obwód czaszki do 49 cm.; reakcyi

podczas zabiegu niedostrzeżono żadnej, jednak już w ciągu następnej doby zjawiły się drgawki, szczękościsk. Przy ogólnem, znacznie postępującem wyniszczeniu śmierć 24. Czerwca.

Sekcya wykazała: *Hydrocephalus int. chron. majoris gradus*, *bronchitis*, *enteritis chronica*.

Jakkolwiek sekcya nie wykazała zmian anatomicznych ani w substancyi mózgowej ani na oponach, to przypuścić należy, że u dziecka już znacznie wycieńczonego i obciążonego chorobą narządu oddechowego i pokarmowego wypuszczenie z komór znaczniejszej ilości płynu mogło przyczynić się do wywołania drgawek.

3) Michał B., 14 miesięcy życia liczący, przyjęty 4. Listopada 1892. Ogólne odżywienie dość dobre, obwód czaszki 50 cm. 12. Listopada punkcya po stronie prawej; wypuszczono 10 grm. płynu. 21. Listopada punkcya druga po stronie lewej; wypuszczono 40 grm.

Objawów odczynu ze strony mózgu nie było żadnych; natomiast zauważono, że z ranki wypływa ciecz kroplami. Dziecko to usunęło się z pod dalszej obserwacyi; niecierpliwa matka zabrała je do domu, o dalszych zaś jego losach nie mogliśmy się dowiedzieć. Obserwacya dalsza o tyle byłaby ciekawą, że właśnie znachodzimy w literaturze opisane przypadki [1]), które wyleczyły się samoistnie (?), gdy przypadkowy uraz utworzył przetokę, którą płyn uchodził na zewnątrz; przetoka ta usuwała poniekąd nadmierne ciśnienie śródczaszkowe i przyczyniała się do zmniejszania się komór mózgowych, a co przyjmując z pewnem zastrzeżeniem, posłużyć nam może za wskazówkę, iż wypuszczanie płynu w małych ilościach a często powtarzane może podziałać skutecznie na zmniejszenie a może nawet usunięcie wodogłowia.

4) Walerya Błaszczyk 6 m. przyjęta 18. Czerwca 1893. Obwód czaszki wynosi 59 cm. Punkcyę zrobiono dnia 28. Czerwca; wypuszczono 50 grm. płynu, reakcyi niema żadnej. 24. i 25. t. m. dostrzeżono sączenie się płynu tak obfite, że opatrzenie zmieniano kilka razy dziennie. Obwód pomniejszony po punkcyi do 57 cm. utrzymuje się w tych wymiarach przez 2 dni, jednak już dnia 3go sączenie ustaje a obwód czaszki powiększa się. Dziecko zabierają do domu rodzice; w 9 dni po punkcyi (2. Lipca) obwód czaszki wynosi 61 cm. Dalsze losy dziecka niewiadome.

5) Józef Lis, 5 miesięcy życia liczący, przyjęty 8. Listopada 1893. r.; obok wodogłowia (obwód czaszki wynosi 48 cm.) znaleziono objawy nieżytu kiszek i oskrzeli. 16. Listopada punkcya; wypuszczono 50 grm. płynu. Reakcyi nie ma żadnej. Jednak co do dalszego przebiegu czytamy w historyi choroby: 20. Listopada ciepłota 39. C., znaleziono zapalenie płuc ogniskowe (*pneumonia lobularis*) a 23. List. z tej przyczyny śmierć. Sekcya wykazała: *hydrocephalus chronicus internus minoris gradus*, *pneumonia lobularis catarrhalis*, *enteritis chronica*, *hyperplasia glandularum mesaraicarum chronica*. Z protokołu sekcyjnego przytoczyć wypada, że płyn w komorach był zupełnie jasnym a po wewnętrznej stronie czaszki nie można było nawet odszukać miejsca po punkcyi przed 7 dniami dokonanej.

Nieco obszerniej musimy się zastanowić nad przypadkiem następnym.

6) Wojciech Lelek, 2 miesiące życia liczący, przyjęty 20. Listopada. Obwód czaszki 51 cm. Dnia 30. Października zrobiono punkcyę i wypuszczono 100 grm. płynu żółtego jak wino. Reakcyi ze strony ustroju ani podczas ani po punkcyi nie dostrzeżono żadnej; matka twierdzi, że dziecko ssie lepiej, niż dawniej. Obwód czaszki zmniejszył się o 3 cm. Jednak już w kilka dni zobaczono powiększanie się rozmiarów czaszki a dnia 8. Listopada wynosił jej obwód 52 cm. Dlatego 8. Listopada przystąpiono do punkcyi poraz wtóry. Zachęceni tem, że po punkcyi pierwszej nie dostrzegliśmy żadnych objawów, wypuściliśmy 250 grm. płynu. Reakcyi ani podczas ani po wypuszczeniu nie widziano żadnej. Płyn przesłano do rozbioru zakładowi chemii lekarskiej, gdzie znaleziono płyn jasno żółty, c. g. 1·009, białka około 0·015%, cukru ledwo ślady.

Obwód czaszki po wypuszczeniu tej ilości pomniejszył się o 5 cm., jednakże już w kilkanaście godzin dostrzeżono wypełnianie się czaszki, która z dnia na dzień powiększała się tak, że w niespełna tydzień wynosił jej obwód znów 51 cm. Tak więc nasza praca nie odniosła żadnego skutku i nie pozostawało nic innego, jak albo zostawić chorobę jej dalszemu biegowi bez wszelkiego leczenia, albo chwycić się środków może obosiecznych, ale radykalnych, środków, któreby zapewniły stały odpływ gromadzącej się cieczy a tem samem wyprowadziły nas z tego koła błędnego. Najprostszą drogą do tego celu prowadzącą byłoby nacięcie i wprowadzenie sączka w komorę mózgową, tak znacznie powiększoną, jednak powstrzymał nas od tego znany nam z piśmiennictwa przypadek R. Potta [1]).

Pott u dziecka 10 miesięcznego niezadowolniony punkcyą, po której płyn znów się nagromadził, w trzy dni po punkcyi, naciął powłoki i scieńczały mózg a dostawszy się do znacznie rozszerzonej komory mózgowej wprowadził tam sączek. Początkowo dostrzeżono po tym zabiegu poprawę, jednak w tydzień później dziecko zmarło z ropnego zapalenia opon mózgowych.

Wiedząc, jak łatwo drobnoustroje ropne rozwijać się mogą w cieczy mózgordzeniowej, nauczeni doświadczeniem innych, wybraliśmy sposób, który dawał największą rękojmię bezpieczeństwa od ropienia. Użyliśmy *mutatis mutandis* sposobu podanego przez Bülaua do punkcyi klatki piersiowej z przyczyny otoku ropnego (*empyema*).

W d. 21. Listopada wkłuto więc po stronie lewej w miejscu, gdzie zwykle robimy punkcyę, trójgraniec o świetle 3 mm., przez który po usunięciu kolca wprowadzono sączek tak, że obecnie bez nacinania znalazł się on w komorze mózgowej. Sączek ten mogliśmy dowolnie zaciskać lub otworzywszy upuszczać mniejsze lub większe ilości gromadzącej się cieczy.

Tak w tym zabiegu, jak i później przy wypuszczaniu cieczy przestrzegaliśmy ściśle zasad antyseptyki a więc trójgraniec i sączek przed operacyą przysposobiono stosownie, część sączka na zewnątrz leżąca przestrzykiwano roczynem sublimatu a płynu upuszczano do flaszki wyjałowionej. Ciśnienie śródczaszkowe utrzymywano mniej więcej w jednostajnej mierze, uciskając czaszkę plastrami w miarę ubywania płynu. Zaraz po dokonaniu zabiegu 21. t. m. upuszczono 100 grm. płynu. Płyn ten (według rozbioru dokonanego w zakładzie chemii lekarskiej) był barwy trochę żółtawej, c. g. 1·009, zawierał białka 0·15% a cukru ślad.

Dziecko, jakkolwiek już bardzo znacznie osłabione, zniosło cały ten zabieg bardzo dobrze a gdy po upływie 24 godzin czaszka znów wypełniać się poczęła, upuszczono znów 100 grm. płynu. Rozbiór tym razem wykazał: płyn jeszcze więcej żółty; osad złożony z ciałek ropy z małą domieszką włóknika; białka znacznie więcej 0·05%, cukru nie ma.

Już ten wynik badania płynu wypuszczonego a wkrótce potem i objawy kliniczne utwierdziły nas w przekonaniu, że mamy do czynienia z ostrą sprawą zapalną, z ropieniem wodogłowia.

A mianowicie: w kilka godzin po wypuszczeniu płynu dostrzeżono podniesienie się ciepłoty ciała, szczękościsk i drgawki, wśród których nastąpiła śmierć.

Mimo więc sposobu, względnie najwięcej mogącego nas zabezpieczyć od ropienia, nie uniknęliśmy tego ropienia — i to musimy uważać za przyczynę śmierci.

Nadmienić musimy jeszcze o przypadku siódmym, przypadku, który nie przedstawiał nic ciekawego ze względu na

[1]) Huguenin. Ziemssen Handb. d. sp. Pathologie.

[1]) Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Hydrocephalus chronicus. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*. Tom XXI. Zeszyt 1. i 2.

leczenie, lecz stanowić mógł klasyczny przykład, do czego w danym razie doprowadzić może nieleczone wodogłowie.

Władysław Ćwikła, liczący rok życia, przyjęty 15. Listopada, obwód czaszki wynosił 84 cm., cała głowa w wysokim stopniu zniekształcona.

W przypadku tym, nie mając oczywiście już z góry nadziei żadnej poprawy, postąpiono jak w przypadku poprzednim, upuszczono dnia 23. Listopada 250 grm., dnia 24. Marca 350 grm. płynu. W kilka godzin po drugiem upuszczeniu zapad, wymioty, ciepłota 40·2, wreszcie w kilka godzin później śmierć.

Sekcya wykazała: *Hydrocephalus majoris gradus internus et externus.* Mózgu zaledwie szczątki, natomiast w jamie czaszkowej znaczna ilość cieczy barwy bursztynowej, wypełniającej rozszerzone komory i przetwór między oponami.

Tyle co do naszych chorych.

Na podstawie podanych dotąd w piśmiennictwie przypadków jakoteż na podstawie własnych spostrzeżeń przychodzimy do następujących wniosków:

1) Punkcya wodogłowia nie jest zabiegiem niebezpiecznym dla dotkniętego niem dziecięcia, jeżeli operacyę tę wykonywa się z zachowaniem wszelkich zasad antyseptyki, jeżeli płyn wypuszcza się w niewielkiej naraz ilości i wypuszczanie to robi się w znacznych, kilkotygodniowych odstępach czasu.

2) Wypuszczanie płynu przez nakłucie a nawet aspiracyą nie jest niebezpieczne; wprowadzenie jednak sączka na stałe jest zabiegiem niebezpiecznym a w skutkach wątpliwym, jak dowodzi tego przypadek Potta i nasz.

3) Co do wyników leczniczych tą metodą na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie można spodziewać się zbyt świetnych rezultatów; jeżeli jednak chcielibyśmy liczyć się z tą metodą, należałoby punkcyę wykonywać w okresach wczesnych cierpienia, gdy substancya mózgu nie uległa jeszcze znacznemu zanikowi.

Najtrudniej jednak, naszem zdaniem, jest ocenić, w których przypadkach i kiedy przedsięwziąć leczenie operacyjne.

Wiemy z przebiegu wodogłowia, że w pewnych razach leczy się ono samo; wiemy również, że chorzy ci mimo znacznego wodogłowia żyć mogą nawet długie lata, ale z drugiej strony widzimy dość często smutne skutki, do czego wodogłowie zostawione samo sobie prowadzić może. Wynika ztąd, że w pewnych razach stanowić ono będzie *noli me tangere*, w innych zabieg będzie koniecznym. Wykonawszy zabieg wcześnie, narazić się możemy na zarzut, żeśmy zrobili go może chociaż bez szkody, ale i bez potrzeby; gdy znów zabieg wykonamy w okresie późnym (jak to było w naszych przypadkach), będzie bezskutecznym. Innemi słowy wskazań do punkcyi jasnych jeszcze nie ustanowiono i to jest może przyczyną, że jedni, operując w odpowiednich okolicznościach, mają pomyślniejsze, inni nie tak pomyślne wyniki.

Naszem zdaniem najodpowiedniejsze pole do punkcyi wodogłowia byłoby w przypadkach, gdy u dziecka dotąd dobrze się rozwijającego dostrzeżemy objawy wodogłowia i to wodogłowia szybko postępującego, gdy z dnia na dzień przekonamy się o zwiększaniu się obwodu czaszki, gdy dzieciom takim grozi straszne kalectwo fizyczne i umysłowe, gdy jednem słowem stracić nie możemy nic a zyskać możemy wiele; wtedy niezwlekając długo zrobimy punkcyę.

Wspomnieć jeszcze muszę o jednym sposobie operacyjnego leczenia wodogłowia. A mianowicie jeszcze przed 3-ma laty Quincke a w r. zeszłym Ziemssen doniósł o stósowaniu punkcyi przewodu kręgowego w pewnych chorobach opon, między innemi także w wodogłowiu w celach rozpoznawczych i leczniczych. Sposób ten zdaje się, że ma pewne zalety; czy jednak wiele nim uzyskamy, pokaże przyszłość.

Piśmiennictwo.

Gerhardt. Tom VI.
Jahrbuch für Kinderheilkunde. Tom VI,, Tom XIX., Tom XXXI. s. 34. i Tom XXXII. 176.
Uffelmann: Kinderheilkunde 1893.
Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten 1893.
Jahrbuch für Kinderheilkunde XXXIV. 299.
Vogel: Kinderkrankheiten 1893.
Przegląd lekarski Nr. 33. r. 1893.

IV. Oceny i sprawozdania.

C. Seitz: **Grundriss der Kinderheilkunde.** Berlin 1894. Verlag von Karger.

Myślą przewodnią autora w tej pracy było, by w jak najkrótszy i najprzystępniejszy sposób zebrać wszystkie choroby dzieci dla lekarza praktycznego. Autor rozporządzając bardzo wielkim materyałem chorych w poliklinice i w uniwersytecie w Monachium, starał się zaznajomić lekarza ze stanem tak patologicznym, jak i fizyologicznym dzieci. To też praca ta dzieli się na:

1) Część ogólną przedstawiającą sposób badania dzieci, właściwości anatomiczno-fizyologiczne wieku dziecięcego, higienę, dyetetykę i sposób opiekowania się tak zdrowem jak chorem dzieckiem, w sposób krótki a przecież szczegółowy.

2) Część szczegółową. Tu autor uwzględnia choroby ostre i przewlekłe, tak ogólne jak i miejscowe, lecz osobliwie uwagę zwraca na choroby osesków i na otrucia. Systematycznie ułożony obraz chorób tak co do etyologii, symptomatologii, rokowania jak i leczenia nadaje dziełku autora cechę ścisłej pracy klinicznej. *Dr. Komorowski.*

Choroby nerwowe.

Le Roy des Barres: **Tężec przez zarażenie się pośrednie.**

Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej w dniu 14. b. m. i r. podał autor do wiadomości trzy przypadki tężca powstałe najpodobniej do prawdy z zarażenia się pośredniego.

W pierwszym, w którym tężcowi towarzyszyło porażenie nerwu twarzowego, mieszkał chory w pokoju, do którego dochodziło się przez stajnię, w której znajdowała się uprząż konia padłego na tężec przed dwoma laty. U tego chorego tężec ukazał się w cztery dni po powstaniu na policzku rany od małego krzemienia. Mimo opatrzenia rany przeciwgnilnego i dużych dawek chloralu chory ten umarł. Szczepienia ziemią ze stajni tężca nie wywołały a uprzęży niestety nie badano bakteryologicznie.

W drugim przypadku, zakończonym szczęśliwie rozchodziło się o dziecko 7-letnie, które przez największą część dnia przebywało w stajni, w której przed 4-ma laty zginął koń na tężec. Choroba występowała u tego dziecka po zranieniu się w palec. W ziemi tej stajni wykryto właściwy mikrob tężca.

Trzeci przypadek tyczy się tapicerki, która naprawiała materace chorego poprzedniego w dniu 15. Maja. 15. Czerwca zraniła się ona gwoździem i w kilka dni dostała tężca, na który umarła 26. Lipca.

Te trzy przypadki dowodzą, iż zarodki tężca znajdowały się w stajni, w której były konie padłe na tężec lub przedmioty przez nie używane i że te zarodki utrzymują bardzo długo swe właściwości chorobotwórcze.

Ze stanowiska higienicznego wypada z przywiedzionych przypadków, iż nader ścisłą powinna być desinfekcya przedmiotów używanych i lokalów zajmowanych przez ludzi lub zwierzęta dotkniętych tężcem. *(La semaine médicale* 15. Sierpnia 1894). *R.*

Fizyologia.

Grosglik (w Tomaszpolu): **Przyczynki do fizyologii zrazów czołowych.**

Na podstawie kilku doświadczeń, wykonanych na psach, którym autor wycinał płat czołowy półkul mózgowych po jednej lub także po upływie dłuższego czasu i po drugiej stronie, stara się on rozstrzygnąć sprzeczne zapatrywania fizyologów co do funkcyi tych płatów. Wyniki doświadczeń swych streszcza G. w następujący sposób: Usunięcie jednego płatu czołowego nie sprowadza zboczeń ani wzrokowych i słuchowych ani w inteligencyi i usposobieniu zwierzęcia. Natomiast sprawia upośledzenie czucia dotykowego, bólu i mięśniowego w kończynach przeciwległych, zwłaszcza przedniej, na karku i tułowiu, jakoteż niedowład kończyn i mięśni głowy i tułowia. Zboczenia w kończynach jednak są bez porównania mniejsze, niż występujące po obrażeniach ruchowej okolicy kory mózgowej. Wszystkie te zboczenia wyrównywają się dość rychło tak, że po upływie 2—3 miesięcy zwierzę przedstawia się jako zupełnie zdrowe.

Jeżeli w tym czasie wyłuszczy się drugi płat czołowy, zmiany czuciowe i ruchowe występują znowu tylko po stronie przeciwległej i znów znikają po upływie pewnego czasu. Takie wycięcie drugie płatu nie sprowadza również zboczeń słuchu, wzroku i inteligencyi.

Wyniki te, zdaniem G., przemawiają za przypuszczeniem Munka, że płaty czołowe zawierają ośrodki dla przeciwległych mięśni i karku; zmiany bowiem w kończynach należy uważać za następstwo czasowego wpływu na okolicę ruchową. Wyrównanie się zmian powstałych po wycięciu zrazów czołowych tłómaczy autor zastępczem obejmowaniem ich funkcyi przez inne części kory mózgowej. (Osobna odbitka z *Medycyny* 1894). *B.*

Toksykologia.

Pflüger: **Otrucie serem zakończone w jednym przypadku zupełną ślepotą.**

W Kwietniu zeszłego roku wezwano autora do 15 letniej dziewczyny, która ciężko zaniemogła po spożyciu znacznej ilości kwaśnego séra.

Sér ten stanowi ulubiony przysmak ludności wirtemberskiej a sporządzają go w następujący sposób: zsiadłe mleko krowie zlewają do woreczków, najczęściej do starych pończoch kobiecych i zawieszają na pewien czas, aby ściekła serwatka. Następnie poddaje się sér tak zwanemu duszeniu, to jest daje się go na dłuższy czas do siennika, na którym się sypia.

Tak więc sér ulega gniciu przy utrudnieniu dostępu powietrza i nabiera z czasem mocnej i przenikliwej woni. Sér ten spożywają albo sam, lub też w przyprawie złożonej z octu, pieprzu, wódki i t. p., zmięszany z masłem i rozsmarowany na chleb.

Oprócz wspomnianej dziewczyny zachorowało równocześnie po spożyciu tego séra jedenaście osób w wieku od 2 do 65 lat. Osoby należące do tejże rodziny, które nie jadły tego séra, nie zapadły na zdrowiu.

Przebieg otrucia był u wszystkich jednaki, najgwałtowniejszym, bo zakończonym obustronną ślepotą u dziewczyny wspomnianej. W 12 godzin po spożyciu wystąpiły u otrutych kurcze narządu trawienia, wymioty, biegunka, znaczny zapad i mocne pragnienie.

Po upływie 2—3 dni u przeważnej części otrutych, u kilku podeszlejszych kobiet po 8 dniach ustąpiły objawy. Kilka osób narzekało na upośledzenie bystrości wzroku, bezsenność i osłabienie. W pokoju, w którym autor znalazł ową dziewczynę, uderzała na wstępie silna woń zgnilizny. Dziewczyna okazywała typowe przypady duru brzusznego, jak dziennie 6—8 stolców grochowych, oddawanie bezwiedne kału i moczu, majaczenia często szałowe, tętno małe i szybkie, 110—140 w minucie, chłodne kończyny, kurcze w łydkach, później drgawki włókienkowe mięśni i podskakiwanie ścięgien *(subsultus tendinum)*, liszaje i rozpadliny w jamie ustnej i na skrzydłach nosowych, szary cuchnący pokład na języku *(fuligo)*. W odróżnieniu od duru brzusznego nie widział autor ani obrzęku śledziony, ani różyczki, wreszcie gorączka była mierną i bez charakterystycznego toru. Od samego początku dostrzegał autor u niej opadnienie powieki górnej (*ptosis*), mocne zapalenie spojówek ocznych, zmniejszenie się bystrości wzroku do $^1/_3$.

Dnia 14-go choroby powstały wrzody na rogówkach, które stały się ćme, następnie *hypopyon*, później ropa przebiła rogówki. Oczy przebywszy ogólne zapalenie (*panophthalmitis*) uległy z czasem zanikowi *(phthisis bulbi)*. Z końcem Czerwca a więc po 3 miesięcznej chorobie wróciła dziewczyna do zdrowia, wzrok jednak utraciła.

Przyczyny trującego działania séra dopatruje się autor w gniciu jego w czasie duszenia. Bakteryologicznie autor nie badał, sądzi jednak na podstawie doświadczeń chemików berlińskich Jesericha i Niemanna, że w otruciach jadem kiełbas, mięsa, szynki, wreszcie i séra stanowią truciznę produkty z rozkładu białka.

Wywiady autora na miejscu wykazały, że przypadki otrucia kwaśnym sérem zdarzają się dość często. Autor sądzi, że sér kwaśny bywa wtedy więcej trującym, jeźli duszenie jego odbywało się przy jeszcze większem utrudnieniu dostępu powietrza; sér nawet trujący, jeźli go przechowuje się w miejscu przystępnem dla dopływu powietrza, utraca swe własności trujące, zdaje się, skutkiem rozkładu wytworów trujących pod wpływem tlenu. *(Zeitschrift für Medicinalbeamte* 1. Lipca 1894). *Wachholz.*

Medycyna publiczna.

Bähr: **Przepuklina a ustawa o ubezpieczeniu od przypadków.**

Autor zwraca uwagę, że obecnie zdarza się często, iż robotnicy oddawna mający przepuklinę, przy sposobności wytężającej pracy zgłaszają się o rentę, twierdząc, jakoby wśród pracy nabawili się przepukliny.

Tego rodzaju oszustwa mnożą się ciągle a niektóre dzienniki socyalno-demokratyczne publicznie nawet namawiają do tego robotników.

Autor sądzi, iż odpowiednim środkiem zapobiegającym oszustwu w tym względzie byłoby rozporządzenie zmuszające pracodawcę do poddania każdego robotnika nowo najętego badaniu lekarskiemu co do istniejącej przepukliny lub usposobienia do niej. W końcu radzi autor w przypadkach jednostronnej przepukliny oceniać rentę na 10%, dowodząc, iż utrata zdolności zarobkowania przez powstawanie jednostronnej przepukliny nie jest znaczną. *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 21. 1894). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

— E. Chaumier (z Tours). Leczenie gruźlicy węglanem kreozotowym. Mało zapewne znajdzie się takich, którzyby zaprzeczyli, że kreozot jest najlepszym środkiem przeciw gruźlicy; to jednak pewna, że jest wielu chorych, którzy środka tego nawet w razie pomyślnego jego działania nie znoszą. Próbowano go przeto użyć za pośrednictwem jelita odchodowego w postaci lawatyw i czopków, ale pokazało się, iż i to jelito zadraźnia się od kreozotu tak, iż trzeba tego sposobu zaprzestać. Wstrzykiwania podskórne z nader pomyślnym skutkiem przez Burlureaux używane są dla chorych bardzo przykre.

Dlatego autor wprowadził przed dwoma laty do terapii węglan kreozotowy, który ani nie drażni ani nie działa trująco. Nie ma wprawdzie wątpliwości, że środek ten nie działa także w sposób jakiś nadzwyczajny i co do swego skutku nie różni się bardzo od prostego kreozotu, ale ma tę nad-

zwyczajną nad nim wyższość, iż go chorzy znoszą długo w razie zadawania przez jamę ustną. Jakoż dawać go można bez szkody dla żołądka dziennie po 10 do 20 gramów i więcej, przyczem i to zasługuje na uwagę, iż węglan kreozotowy zawiera 92% kreozotu a tylko 8% kwasu węglowego. Autor używa wielkich dawek węglanu kreozotowego zadając go najczęściej szczery przez jamę ustną: dzieciom po łyżeczce od herbaty na dzień, w wieku od 10 do 12 lat po dwie łyżeczki, dorosłym po 2 do 4 łyżeczek od herbaty również na dzień. Czas zażywania jest dowolny. Węglan kreozotowy jest płynny; niekiedy jednak gęstnieje w zimnie tak, iż trzeba go ogrzać, by go można przelać z jednego naczynia do drugiego.

Węglan kreozotowy można przepisywać także w zawiesinie (*emulsio*) ze żółtkiem i jaką aromatyczną wodą ocukrzoną lub zmięszany z tranem rybim, mlekiem gorącem lub winem mocnem. Zawsze jednak najlepiej zażywać przetwor czysty a popijać go mlekiem. Można wreszcie zadawać węglan kreozotowy w zawiesinie w postaci lawatyw lub wewnętrznie w torebkach po 0·50 i 0·25.

Węglan kreozotowy działa skutecznie w ogólności tam, gdzie działa i prosty kreozot. W gruźlicy kości i stawów nie usuwa wszakże leczenia chirurgicznego, nie czyni zbytecznym pobytu na świeżem powietrzu i nie działa w ostatnim okresie choroby, okresie gorączki trawiącej i biegunki.

Chorych na gruźlicę a zarazem i na biegunkę powinno się leczyć przedewszystkiem na biegunkę, przyczem można równocześnie wstrzykiwać podskórnie węglan kreozotowy. Autor używa w tym celu grubych igieł i wstrzykuje naraz po 5 cm.^{3}, powtarzając te wstrzykiwania, zresztą nie bardzo bolesne po dwa i trzy razy dziennie. Po wstrzyknięciu rozkłada się węglan kreozotowy na kreozot i kwas węglowy podobnie jak po zadaniu wewnętrznem.

Kreozot opuszcza ustrój przez nerki i płuca, barwiąc mocz niekiedy prawie całkiem czarno lub cisawo albo nie zmieniając barwy jego prawidłowej mimo swej w nim obecności. Wydzielanie się kreozotu przez płuca wydaje woń przenikającą, właściwą temu przetworowi, jakkolwiek węglan kreozotowy nie ma prawie żadnej woni. (*Münchener med. Wochenschrift*. 14. Sierpnia 1894).

— P. Strassmann: O chloroformowaniu kobiet. W pracy tej podaje autor godne uwagi przepisy co do zapobiegania zamartwicy po użyciu chloroformu i jej leczenia. Zdaniem jego wady zastawek serca nie są dostateczną przyczyną do zrzeczenia się chloroformu. W razie słabej czynności serca zaleca się przed narkozą wstrzyknąć podskórnie gramową strzykawkę Pravazowską 10% rozczynu naparu naparstnicy (*infusum foliorum digitalis*). Autor nie jest zwolennikiem dolewania chloroformu po kropli przed uśpieniem, ponieważ za długo trwa okres przed narkozą. Natomiast sposób ten nadaje się przewybornie do utrzymania głębokiej narkozy. Za najważniejszy środek do ocenienia stopnia uśpienia uważa oddziaływanie tęczówki; im wyższym jest stopień narkozy, tem węższą źrenica, oddziaływająca wszakże na światło, dopóki nie nadejdzie okres jak największego zwężenia ze zupełnym brakiem oddziaływania na światło. W tym stanie należy utrzymywać źrenicę. Jeżeli ona teraz rozszerzy się, jest narkoza albo za głęboka albo za płytka. W pierwszym razie trzeba być nadzwyczaj ostrożnym, w drugim należy spodziewać się obudzenia i wymiotów. Rozróżnić można obydwa te stany narkozy od siebie według oddziaływania źrenicy na światło. To uważanie na zachowanie się źrenicy jest daleko ważniejszem i pewniejszem, niż zwracanie uwagi na tętno i oddychanie. Z przyspieszenia lub opóźnienia tętna nie można poznać, czy użyto za dużo czy za mało chloroformu. Najniebezpieczniejszą jest zamartwica pochodząca z nagłego ustania czynności serca. Zamartwica z utrudnienia lub wstrzymania oddychania jest o wiele rzadsza i zwykle do usunięcia łatwiejsza; zazwyczaj wystarczy tu założenie palców za kąt szczęki dolnej i posunięcie jej ku przodowi. Do działania przeciw zamartwicy pochodzącej od serca nadaje się najbardziej masowanie serca w postaci rytmicznych, szybkich (około 100 na minutę) uderzeń klatki piersiowej. Wymiotom podczas narkozy zaradza najlepiej dolanie chloroformu, po narkozie zaś dyeta ścisła przez kilka godzin a zamiast pigułek lodowych kilka łyżeczek słabej herbaty. (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*. Tom 29. 1894).

— W rybiej skórze (*ichthyosis*) zaleca się obmywać skórę naprzód mydłem siarczanem i rozczynem dwuwęglanu sodowego a następnie pomazywać mazidłem (*linimentum*):

100) Rp. *Papaini* 10.00
Acidi salicylici 5·00
Glycerini
Olei ricini $\widehat{aa}$ 150·00
MDS. Zewnętrznie.
(*La semaine médicale* 11. Sierpnia 1894).

— Na piegi (*ephelides*) i ostudy (*chloasmata*) zaleca się przykładanie kompresów napojonych płynem:

101) Rp. *Cocaini muriatici* 1·00
Acidi borici 15·00
Alcoholi rectificati 200·00

— Na żylaki (*varices*) potrzeba:

a) Unikać ile możności stania prosto i nie używać podwiązek;
b) Nosić ciągle pończochę elastyczną;
c) Przez 15 dni w miesiącu podczas obiadu zażywać po pigułce składu:

102) Rp. *Ergotini*
Exti hamamelis virginianae sicci
$\widehat{aa}$ 0·05

(*Bull. gén. de Thérapeutique* 15. Sierpnia 1894).

V. XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Trzeci odczyt, którym zakończyło się to posiedzenie, miał prof. Nothnagel: O stósowaniu się ustroju do okoliczności patologicznych.

Do najbardziej godnych podziwu i zastanowienia należą w przyrodzie te zjawiska stósowania się i wyrównywania, przy pomocy których mogą ustąpić zboczenia chorobowe, wywołane przez zmiany patologiczne w narządach ustroju. Każdy klinik i lekarz codzień prawie spostrzegać może przykłady takiej samopomocy organizmu w chorobach. Po zamknięciu światła naczynia krwionośnego krążenie krwi wyrównywa się drogą oboczną; przeszkody w krążeniu zależne od wad zastawkowych kompensują się dzięki przerostowi mięśnia sercowego; podobnież zachowują się i inne narządy mięśniowe. Brak jednej nerki zastępuje powiększona czynność drugiej; po wycięciu śledziony zwiększa się czynność szpiku kostnego, w chronicznej marskości jednego płuca powiększa się powierzchnia oddechowa drugiego. Zmienione na skutek sprawy chorobowej stósunki statyczne kości, wyrównywają się przez odpowiednie przekształcenie ich budowy wewnętrznej; zupełny brak kwasu w żołądku w skutek zaniku komórek jego błony śluzowej zastępuje czynność jelita cienkiego, po przecięciu jednostronnem nerwu błędnego drugi wypełnia zadanie regulowania czynności serca.

Każda zmiana chorobowa, czy to występująca nagle, czy też stopniowo dochodząca do pewnego natężenia dopro-

wadzić musi zawsze do takiej chwili, w której ów brak anatomiczny wywołać musi przeszkodę czynnościową. Najwybitniej występuje to odrazu w chwili wycięcia jednej nerki lub podwiązania tętnicy udowej, stopniowo zaś powiększa się w wadach zastawek serca lub w przypadkach zboczeń w przewodzie jelitowym w skutek wzrostu guza zwężającego jego światło. Zarówno w pierwszym jak i w drugim przypadku zboczenia czynnościowe wyrównywają się przez powiększenie czynności właściwych narządów; to zaś zależy od pewnej szczegółowej własności tkanek i organów, którą nazwać możemy siłą zapasową ustroju (*Reservekraft*). W czem właściwie tkwi przyczyna występowania takich wyrównań? Zdaniem mówcy czynność danego narządu powiększyć się może tylko przez nasilenie takich bodźców, które działają na jego funkcye swoiste; wyrównanie zatem czynnościowe nastąpić może tylko wtedy, jeżeli możliwem jest oddziaływanie właściwych bodźców na tkankę o analogicznych własnościach czynnościowych. Występujące zatem w skutek zboczeń chorobowych wyrównanie się morfologiczno-czynnościowe bywa w stanie niekiedy znieść zupełnie szkodliwe następstwo tych zmian patologicznych dla ustroju; niekiedy jednakże to stósowanie się sprawia nowe niebezpieczeństwo tak, iż znosi początkowe chwilowe wyrównanie.

Zdaniem więc mówcy, bynajmniej nie potrzeba jest przyczyną tych stósowań się i w ich powstawaniu jakaś celowość nie gra żadnej roli; poprostu powstają one i utrzymują się tam, gdzie powstać mogą, to jest tam, gdzie jest możliwość materyalna dla ich rozwoju i w takich razach rozwijają się one bez względu na to, czy to jest z korzyścią dla ustroju, czy nie. W sprawach więc wyrównawczych widzieć należy li tylko konieczność przyrody, podległą w istocie swej tym ogólnym i niezmiennym prawom, które rządzą wszystkiemi zjawiskami przyrody.

Następny dzień, niedzielę 1. Kwietnia, poświęcono wypoczynkowi po pracach kongresowych i przeznaczono go na zwiedzenie okolicznych miasteczek, prześlicznie położonych a znanych pod nazwą *castelli romani*, których pochodzenie sięga dalekiej starożytności; dla tych zaś, którzy woleli nie ruszać się poza mury miasta, urządzono koncert muzyczny o obszernym i wcale doborowym programie. Większość jednakże uczestników Zjazdu wyrzekła się rozkoszy muzycznych dla rozkoszy optycznych wśród przepięknych ustroni rzymskiej Kampanii, gdzie sztuka ludzka wraz z naturą wspólnie przyczyniły się do stworzenia arcydzieł piękna. To też tłumno było w południe na głównym dworcu kolejowym w Rzymie, zkąd odchodzące w przerwach kilkominutowych pociągi odwoziły gości do celu wycieczki. Największem powodzeniem cieszyło się Tivoli, piękna miejscowość, o godzinę drogi od Rzymu położona ze wspaniałemi kaskadami, malowniczemi górami i mnóstwem zabytków architektury rzymskiej.

Naturalnie i tu na tej wycieczce wychodziła na wierzch wszędzie wada ogólna Zjazdu — brak organizacyi. Na tym punkcie kierownicy kongresu zdawało się, że wyznają a przynajmniej stósują względem uczestników zasadę najobszerniejszej samopomocy, dzięki czemu zmęczeni półdniowem chodzeniem i syci wrażeń estetycznych wycieczkowicze, musieli poprzestać wieczorem na posiłku w którejkolwiek z dość nędznych restauracyj miejscowych, składającym się z makaronu z pomidorami i szklanki wina, których zdobycie nie było wcale łatwem.

Następny dzień rozpoczęto posiedzeniami sekcyjnemi, posiedzenia zaś ogólnego po południu nie było z powodu naznaczonego na godzinę 5-tą *garden party* w ogrodzie królewskim w Kwirynale, na które zaproszone było całe prezydyum kongresu. Przyjęcie to dało powód do nowych niezadowoleń i obraz ze strony tych malkontentów, którzy mieli wielką chęć wzięcia udziału w niem a poprzestać musieli jedynie na pobożnych w tej mierze życzeniach; *inde irae*.

Wtorkowe posiedzenie ogólne dnia 3. Kwietnia rozpoczął odczyt prof. Bizzozery z Turynu o wzroście i odradzaniu się ustroju.

Liczne szczególnie w ciągu lat ostatnich badania w tej sprawie miały za zadanie rozstrzygnięcie trzech głównych pytań: 1) w jaki sposób wzrasta i odradza się tkanka prawidłowa, 2) jak wyrównywają się braki powstałe wskutek zmian chorobowych 3) jaki udział i wpływ na przebieg tych spraw mają naczynia krwionośne i nerwy.

Co się tyczy nowotworzenia fizyologicznego, to tu odróżniać należy trzy rodzaje tkanek: *a*) tkanki, których pierwociny niszczeją i odradzają się podczas całego życia (*elementi labili*); tu należy miąższ gruczołowy o wydzielinie morfologicznej i nabłonki wyścielające, *b*) tkanki o pierwocinach stałych (*elementi stabili*); które mnożą się przez podział aż do urodzenia lub do czasu uzyskania własności wydzielniczych swoistych (gruczoły o wydzielinie bezpostaciowej, kości, chrząstki i mięśnie gładkie), *c*) tkanki o pierwocinach składowych trwałych (*elementi perenni*), których rozmnażanie się przez karyomitozę kończy się wcześnie w życiu zarodkowem (mięśnie prążkowane i tkanka nerwowa). We wszystkich rodzajach tych tkanek zdolność rozrodcza zostaje w prostym stósunku do strat, jakie ponosi tkanka przez swą czynność.

Pod względem odradzania się w okolicznościach patologicznych odróżniać możemy: *a*) tkanki, w których zdolność regeneracyjna w tworzeniu nowych pierwocin tkankowych prowadzi do rzeczywistego przerostu, *b*) tkanki, w których nie wykazano jeszcze nigdy przerostu prawdziwego, mięśnie prążkowane i nerwy.

Wreszcie co się tyczy punktu 3-go, wpływu naczyń i nerwów na sprawy odrodcze tkanek, to przytacza mówca wyniki doświadczeń Morpurgi i Penzy, dokonanych w jego pracowni, które przeczą zdaniu wypowiedzianemu przez Cohnheima, iż w niektórych tkankach samo przekrwienie wystarcza do sprawienia przerostu. Według tych wyników przekrwienie wpływa korzystnie na już rozwijający się przerost tkanek, lecz samo przez się wywołać go nie jest w stanie.

O wpływie nerwów na mnożenie się pierwocin tkankowych niewiele powiedzieć możemy, gdyż zdaniem mówcy ani doświadczenie kliniczne ani badania teoretyczne nie udowodniły istnienia włókien odżywczych czyli troficznych.

Ponieważ więc, kończy mówca, żadne zboczenia w krążeniu ani w unerwieniu nie są w stanie wywołać żadnego rozrostu tkanki, przeto bujanie jej wskutek podrażnienia tłómaczyć można li tylko na podstawie teoryi Virchowa, jako następstwo bezpośredniego działania bodźca na pierwociny tkanki. Naczynia i nerwy stanowią tylko odpowiednie otoczenie, lecz istotą żyjącą, odczuwającą bodźce i na nie odpowiadającą jest zawsze komórka tkankowa.

Związek logiczny z poprzednim odczytem przedstawia następny odczyt, nieco ciężki do wysłuchania, aczkolwiek

bogaty treścią, wypowiedziany przez prof. Danilewskiego z Petersburga: O substancyi zasadniczej pierwoszcza (*protoplasma*) i jej zmianach w ciągu życia.

Podstawą materyalną wszystkich bez wyjątku zjawisk żywotnych jest substancya pierwoszcza. Kompleks molekularno-chemiczny, składający pierwoszcze, stanowi całość organiczną, lecz nie prostą bynajmniej mieszaninę składników; w przebiegu więc jego działalności żywotnej widzimy tylko sumę objawów życia w całości, nie odróżniając składników z osobna. Główną część składową pierwoszcza stanowią ciała białkowe; jeżeli przeto zwrócimy uwagę na różnicę pomiędzy temi ciałami w różnych częściach i postaciach pierwoszcza, zrozumimy łatwo, dlaczego rodzaj białka wpływa na charakter działalności żywotnej komórki i dlaczego zjawiska żywotne są w ścisłej zależności od własności zasadniczych i czynności pierwoszcza z jednej strony, z drugiej zaś od własności chemicznych białka.

Cząsteczka białkowa stanowi kompleks chemiczny, złożony z grup atomów, różniących się między sobą. Im bogatszą jest ona w grupy różne, tem jej udział w zjawiskach żywotnych pierwoszcza jest obszerniejszy; im zaś te grupy atomowe są jednorodniejsze, tem rola biologiczna cząsteczki białkowej jest bardziej ograniczona i mała.

Pierwoszcze występuje pod dwiema odrębnemi postaciami: *protoplasma hyalinum* i *protoplasma stromicum*. Pierwsze z nich ulega najpierwej wpływowi bodźców zewnętrznych, od których kompleks składowy przeistacza się i substancye białkowe są porwane przez nowe grupy atomów; *protoplasma* zaś *stromicum* dopiero następowo przyjmuje udział w tej sprawie. Odwrotnie zaś *protoplasma hyalinum* zachowuje w sobie o wiele słabiej nabytki zewnętrzne, gdy *protoplasma stromicum*, jakkolwiek słabo przyswaja, o wiele dłużej zachowuje przyswojone.

Na podstawie takiego ścisłego związku pomiędzy zjawiskami świata zewnętrznego a zachowaniem się pierwoszcza wytłómaczyć możemy zjawiska dziedziczności, jakoteż i przechodzenie w niem alkoholu, morfiny, arszeniku jako części ściśle związanych z substancyą rdzenną pierwoszcza. Widzimy ztąd, że pierwoszcze i połączenia białkowe mogą stósować się do różnorodnych wpływów zewnętrznych, że ich własności zasadnicze nie są niezmienne i ulegać mogą niekiedy zupełnemu przekształceniu, prędzej jednak w kierunku wstecznym niż postępowym. (Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 23. Sierpnia 1894 r.

— C. k. Namiestnictwo we Lwowie wydało w dniu 23. Czerwca do l. 49240. do wszystkich P. P. c. k. Starostów i Prezydentów miast Lwowa i Krakowa następujący okólnik, przesłany w odpisie Izbie lekarskiej krakowskiej na ręce jej Prezydenta prof. Dra Jakubowskiego:

Rozporządzeniem z dnia 1. Lipca 1881 (l. 565) wydało Wysokie c. i k. Ministerstwo wojny (oddz. 14) polecenie, aby wszyscy c. i k. lekarze wojskowi, zajmujący się praktyką lekarską u osób cywilnych zgłaszali się u władz politycznych I. instancyi, niemniej oznajmiło, że lekarze wojskowi od dochodu z tej praktyki obowiązani są opłacać podatek.

Ponieważ w Galicyi i W. Księstwie krakowskiem lekarze wojskowi obowiązkowi temu przeważnie zadość nie czynili, udało się c. k. Namiestnictwo do wszystkich c. i k. komend korpuśnych w kraju o wydanie odpowiednich zarządzeń, zniewalających c. i k. lekarzy wojskowych do zastósowania się do powyższego rozporządzenia c. i k. Ministerstwa wojny, w skutek czego c. i k. komenda I. korpusu w Krakowie pod d. 23. Maja b. r. l. 3107, c. i k. komenda 10. korpusu w Przemyślu pod d. 8. b. m. do l. 2046, wreszcie c. i k. komenda 11. korpusu we Lwowie pod d. 15. b. m. do l. 562. wydały równobrzmiące rozporządzenia z powołaniem się na powyż wymienione rozporządzenie c. i k. Ministerstwa wojny, wkładające na lekarzy wojskowych obowiązek zgłaszania praktyki u osób cywilnych u władz politycznych I. instancyi i opłacania podatku od dochodu z tej praktyki, wreszcie obowiązek bezzwłocznego donoszenia tymże Władzom o każdym przypadku choroby zakaźnej.

O czem się Pana zawiadamia celem zastósowania się i prowadzenia ewidencyi lekarzy wojskowych, zajmujących się praktyką lekarską u osób cywilnych.

— Wiadomo, iż w antropologii kryminalnej także i ręka służy do wykazania tożsamości osoby a Bertillon w Paryżu radzi wymierzać w tym celu długość palca średniego i małego, przedewszystkiem ręki lewej, prawa bowiem skutkiem używania przeważnie do pracy zmienia swój kształt. Galton w Anglii idzie w tym względzie jeszcze dalej i używa do wykazania tożsamości osoby odcisku palców w ten sposób, iż ostatnią falangę osmala sadzą i każe przyciskać do papieru. Odcisk palców każdej osoby ma być odmienny i może bardzo dobrze służyć do przekonania się o tożsamości osoby.

— Z inicyatywy austryackiego ministerstwa rolnictwa doświadczała stacya próbna agronomiczno-chemiczna w Wiedniu skuteczności lasecznika Löfflerowskiego duru mysiego przeciw myszom. W tym celu rozdano między rozmaite towarzystwa rolnicze, gminy i właścicieli ziemskich rurki z wyhodowanemi na agarze peptonowym lasecznikami duru mysiego wraz z odpowiednią instrukcyą i otrzymano 36 sprawozdań, z których wypada, iż w 83·3% razach uzyskano skutek pomyślny, nieraz nawet bardzo świetny, w 8·3% był skutek wątpliwy i w tyluż nie było żadnego. Myszy domowe po użyciu wymienionego środka wynosiły się z danego miejsca po 8 do 10 dniach, zostawiając tylko gdzieniegdzie zwłoki zabitych w ten sposób towarzyszek. Skuteczność przeto Löfflerowskiego lasecznika duru mysiego na wytępienie myszy nie ulega wątpliwości i z tych doświadczeń.

— Na petycyą o dopuszczenie palenia zwłok w Bawaryi odpowiedziało tamtejsze ministerstwo odmownie a odmowę swą uzasadniło z jednej strony przepisami właściwej ustawy, która mówi tylko o grzebaniu zwłok, z drugiej brakiem dostatecznych powodów do zmiany tej ustawy. Już to przyznać trzeba, że mimo wszelkiej agitacyi ze strony osób prywatnych i osobnych, w tym celu powstałych towarzystw palenie zwłok nie przyjęło się dotychczas w żadnym kraju z ludnością chrześciańską a nawet w Paryżu, gdzie najwięcej rozprawiano o korzyściach higienicznych z palenia zwłok, nie miałby piec do palenia zwłok nieraz nic do roboty, gdyby nie było zwłok ludzi opuszczonych przez swe rodziny a zmarłych w szpitalu, które z urzędu oddają do spalenia.

— Z powodu pojawienia się cholery w Galicyi wezwało ministerstwo spraw wewnętrznych polityczne władze krajowe, by w drodze właściwej zapytały się lekarzy zamieszkałych w ich okręgach tak tych, którzy oświadczyli już dawniej gotowość do pełnienia obowiązków lekarzy cholerycznych, jak i tych, którzy jeszcze nie donieśli nic władzy w tej mierze, czyby nie byli skłonni do pełnienia i gdzie obowiązków lekarzy cholerycznych.

— Obecna produkcya tytoniu wynosi na całej kuli ziemskiej 985 milionów kilogramów, z czego przypada 435 na Azyę, 300 na Amerykę, 198 na Europę, 50 na Afrykę a tylko 2 miliony na Australię. Największa konsumcya na głowę, bo 3 kilogramy rocznie, przypada w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, najmniejsza zaś, bo tylko 300 gramów we Finlandyi. Mniej niż kilogram na rok i głowę konsumują Finlandya, Rumunia, Hiszpania, Anglia, Włochy, Serbia, Francya i Rosya; od 1 do $1\frac{1}{2}$ kilograma konsumują Norwegia, Japonia, Szwecya i Dania; od $1\frac{1}{2}$ do 2 kilogr. dochodzi konsumcya w Grecyi, Turcyi, Austro-Węgrzech i Niemczech; ponad $2\frac{1}{2}$ do 3 kilogr. konsumuje się na rok i głowę w Belgii, Holandyi, Szwajcaryi i Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej.

— **Nekrologia**. Zmarł lekarz Andrzej Kośmiński w Warszawie w dniu 18. Sierpnia, przeżywszy lat 45.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 1. Września 1894 r. Nr. 35.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

TREŚĆ:

I. O wstrzykiwaniach teukryny.

Podał

Doc. Dr. Rudolf Trzebicky.

Przeglądając historyę medycyny ostatnich czasów możemy dostrzedz prawdziwie gorączkowe poszukiwanie jakiegoś swoistego środka leczącego gruźlicę. Wprawdzie nie da się zaprzeczyć, że dziś niejeden przypadek gruźlicy uważany dawniej za nieuleczny można uratować, ale nie należy zapominać, że działa tu o wiele więcej wpływ zewnętrznych czynników korzystnych, aniżeli same lekarstwa. Nieco pomyślniej przedstawia się sprawa wobec tak zwanej miejscowej gruźlicy, o ile do niej można zastósować wprost zabieg chirurgiczny; lecz i tu bardzo często najładniejsze, dobre wyniki chwilowe giną częścią przez miejscowe, częścią przez odległe nawroty choroby.

Od dawna już usiłowania chirurgów zwróciły się w tym kierunku, by przez bezpośrednie stósowanie środków leczniczych na miejsce chore lub rany pooperacyjne utrwalić korzystne wyniki albo umożliwić też gojenie się w ogóle na tej drodze.

Zalecano w tym celu mnóstwo środków, które jednakże po największej części nader rychło ginęły z horyzontu praktyki chirurgicznej. Tylko nader niewiele środków a przedewszystkiem jodoform potrafiło zatrzymać trwale stanowisko swe raz zajęte.

W najnowszych czasach polecił Mosetig teukrynę, jako nowy środek do miejscowego zastósowania w leczeniu, szczególniej przy zimnych ropniach i zropiałych gruczołach limfatycznych [1]). Przez zwiększenie dopływu krwi do miejsca chorego ma ona sprowadzać jego gojenie się. Mosetig opiera się w pracy swej na poważnej liczbie własnych spostrzeżeń a już imię jego daje nam rękojmię dostateczną co do wiarogodności tych obserwacyj.

Każdy, który wie, jaką plagę dla operatora, szczególniej w szpitalach, stanowią różne formy gruźlicy chirurgicznej, pojmie łatwo, że z największem zajęciem czytałem sprawozdania Mosetiga i jego uczniów i niezwłocznie postanowiłem na własnym materyale środka tego spróbować. Stósowałem też teukrynę przez cały rok tak w oddziale chirurgicznym szpitala Braci Miłosierdzia, jakoteż i w prywatnej praktyce [1]) i to ściśle podług przepisów podanych przez Mosetiga, wstrzykując 3 grm. oryginalnej teukryny z większej strzykawki Pravaza w bezpośredniem sąsiedztwie ogniska chorobowego. I u dzieci używałem takiej dawki bez żadnych przykrych następstw.

Nie wdając się na razie w szczegółowy opis wszystkich swych obserwacyj, pozwolę sobie tylko w krótkości streścić swoje własne wyniki, które nie we wszystkiem zgadzają się z rezultatami Mosetiga.

Środek ten stósowałem:

1) w ropniach zimnych, 2) w zropieniu gruczołów, 3) w owrzodzeniach gruźliczych skóry i w tuberkulicznej ziarninie powstałej po wyjęciu gruczołów w pośród świeżej blizny i 4) w gruźlicy kości i stawów. We wszystkich przypadkach następował po wstrzyknięciu ból przejmujący, trwający czasami i kilka godzin tak, że pacyenci, którym proponowano powtórne wstrzyknięcie teukryny, często wzbraniali się przed tem wobec silnego bólu.

W przeważnej części przypadków, najpóźniej w 3 godziny po wstrzyknięciu ciepłota zaczęła się podnosić i dochodziła w 4 do 8 godzin punktu kulminacyjnego, by później znów wolno opadać tak, że dnia następnego zapisywano już ciepłotę prawidłową. Prawie zawsze podwyższeniu ciepłoty

[1]) v. Mosetig: Teucrin. Wiener med. Presse 1893. Nr. 6 i Kahane, Ueber einen mit Teucrin behandelten Fall vom kalten Abscess. Wiener med. Presse 1894 Nr. 1.

[1]) Teukryny do doświadczeń raczyli bezinteresownie dostarczyć pp. aptekarze Rosenberg i Dr. Siedlecki.

towarzyszyły dreszcze, czasami i godzinę trwające. W niektórych przypadkach dreszcz rozpoczynał obraz reakcyi, w innych zaś występował podczas podnoszenia się ciepłoty. Wysokość gorączki również nie była stałą. W wielu przypadkach najwyższa temperatura dochodziła zaledwie 37.8⁰—38⁰C., gdy w innych do 40·4⁰C. a raz nawet do 41⁰C. Po największej części wahała się jednak ciepłota około 39⁰C. Z podniesieniem się ciepłoty szło również w parze przyśpieszenie tętna. Ogólny stan chorych podczas reakcyi, z małymi tylko wyjątkami, bywał nader opłakany. Uskarżali się mianowicie na mocne bóle głowy, silne pragnienie i uczucia znacznego osłabienia. To uczucie osłabienia utrzymywało się zwykle przez parę dni i było w niektórych przypadkach, w których nie było żadnego wpływu na sprawę chorobową, jedynym dowodem przebycia reakcyi po wstrzyknięciu.

Tu odrazu muszę wspomnieć, że w 2 przypadkach brakło w ogóle wszelkiej reakcyi; to też tu nie dostrzeżono żadnego wpływu na miejscowe cierpienie.

Bezpośredni wpływ wstrzykiwań na ogniska gruźlicze najlepiej ilustruje zachowanie się ropni zimnych po injekcyi. Po minieniu ogólnych objawów reakcyi następowało prawie zawsze znaczne obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność skóry, pokrywającej ropień — objawy ostrego zapalenia. Niekiedy objawom tym towarzyszyła wieczorami gorączka. Po 2—3 dniach ropnie te otwierano, przyczem wydzielała się po największej części gęsta ropa. W następnych dniach wychodziły większe strzępy obumarłej tkanki a rana poczęła się pokrywać zdrową ziarniną. Tym sposobem wyleczono kilka ropni gruźliczych, powstałych ze zropienia gruczołów limfatycznych. Ropnie pochodzące od kości a więc ropnie opadowe w całem słowa tego znaczeniu w najpomyślniejszych razach zamieniały się w przetokę jużto mocniej jużteż słabiej ropiejącą, która wymagała następnie zwykłego leczenia chirurgicznego.

Niestety nie wszędzie dalszy przebieg był tak pomyślnym, jak dopiero opisany. W większej bowiem liczbie przypadków ziarnina dotąd zdrowa po pewnym przeciągu czasu poczęła blednąć i przybierać wejrzenie tkanki gruźliczej.

W niektórych przypadkach udało się jeszcze uzyskać skutek pomyślny zapomocą powtórnych wstrzyknięć teukryny; w innych zaś osiągano znów tylko chwilowe polepszenie.

W niektórych znów przypadkach mimo wybitnej reakcyi ogólnej nie widziano żadnego wpływu na sam ropień.

Obrzęki gruczołów limfatycznych tylko wtenczas poddawałem działaniu teukryny, gdy były zropiałe; w przeciwnym bowiem razie obawiałem się, aby przez wstrzyknięcie teukryny nie pogorszyć sobie szans w razie, gdyby później wyłuszczenie okazało się koniecznem.

Nadzwyczaj zajmującym był przypadek, tyczący się 16-letniego chłopca, cierpiącego na obrzęk gruczołów limfatycznych pod szczęką. Gruczoły położone bliżej linii środkowej były jeszcze twarde, zewnętrzne zaś zropiałe. Pierwsze wyłuszczyłem, ostatnie usunąłem za pomocą ostrej łyżeczki pozostawiając tylko z nich mały kawałek wielkości orzecha laskowego nietknięty. Oprócz tego pozostawiłem też zupełnie nietkniętym twardy gruczolik wielkości bobu, tuż obok zeszytej rany, powstałej po wyłuszczeniu gruczołów. W 6-ym dniu po operacyi, gdy miejsce, w którem pozostawiona część gruczołu, serowato zwyrodniałego pokryła się ziarniną gąbczastą a reszta rany zdrowo wyglądała, wstrzyknąłem choremu 3 grm. teukryny.

Reakcya ogólna była mierna. Ziarnina w miejscu podejrzanem już po 48 godzinach po injekcyi zaczęła wyglądać zdrowo a cała rana wygoiła się przy wyłącznem stósowaniu środków zupełnie obojętnych. Tak samo i wspomniany gruczoł pojedynczy zmniejszał się stale a wreszcie znikł całkiem.

Parę razy używałem środka tego w gruźliczych owrzodzeniach skóry i gruźliczej ziarninie w pośród świeżych blizn po wyłuszczeniu gruczołów limfatycznych. Tu następowało po wstrzyknięciu obrzmienie całego wrzodu wraz ze sąsiedztwem, połączone z mocniejszem ropieniem, poczem ziarnina nabywała zdrowego wejrzenia. Niestety polepszenie to nie zawsze bywało stałem tak, że liczba przypadków na tej drodze wyleczonych nie dosięgła tych, które na nowo okazywały recydywę.

W przypadkach gruźlicy w kościach i stawach oprócz chwilowego zwiększenia się ropienia nie widziałem po wstrzyknięciu teukryny żadnego zresztą wpływu.

Reasumując te wyniki musimy dojść do przekonania, że w wielu przypadkach nie da się zaprzeczyć pomyślny wpływ wstrzykiwań teukryny na tkanki gruźlicze. Niestety jednak wynik ten korzystny często bywa tylko przejściowym, gdyż nader łatwo następuje recydywa.

W każdym razie środek ten zasługuje na to, by go poddać jeszcze dalszym doświadczeniom.

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Trzy rzadkie przypadki obrażenia części rodnych kobiecych.

Podał
Dr. Franciszek Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Znaczniejsze pęknięcia a zwłaszcza całkowite rozdarcia międzykrocza u kobiet należą do obrażeń bardzo rzadkich podczas spółkowania. Opisanych tego rodzaju przypadków znalazłem dwa. A mianowicie Schydloffsky (Referat w *Journal f. Geburtsh. u. Frauenkrankheiten* 1889.) opisuje przypadek rozdarcia międzykrocza ze zranieniem kiszki odchodowej podczas spółkowania, Eisenhart zaś (*Sitzungsbericht d. Gesellschaft f. Gynäkol. in München.* 1887.) ogłosił przypadek całkowitego rozdarcia międzykrocza, które powstało przy zgwałceniu 25-letniej dziewczyny.

Jako trzeci należący do tej samej kategoryi uważam przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w szpitalu św. Łazarza w oddziale ginekologicznym a którego opis podaję.

W Lipcu 1892. przywieziono do szpitala dziewczynę K. C., lat 19. liczącą, która podała, że dnia poprzedniego wieczorem, podczas powrotu do domu, na drodze w polu napadł ją podpiły mężczyzna nieznajomy i pomimo energicznej ze swej strony obrony zgwałcił, przyczem miała zemdleć.

Co do wywiadów, to regularność wystąpiła u niej po raz pierwszy w 18. roku życia; odtąd powtarzała się w re-

gularnych, czterotygodniowych odstępach czasu i trwała każdym razem przez 3 do 4 dni bez bólów. Dotychczas miała nie spółkować nigdy. Cięższych chorób żadnych nie przebywała; w ogóle czuła się zawsze zdrową.

Badanie wykazało budowę dość dobrą, odżywienie liche, temperaturę podwyższoną, tętno przyspieszone. W okolicy obu oczodołów a zwłaszcza po stronie prawej rozległe sińce, twarz a najwięcej okolica nosa krwią zaschłą zawalana, jak niemniej cała szyja. Na szyi po stronie prawej jeden podłużny siniec, na stronie zaś lewej szyi liczne otarcia przyskórka, ułożone szeregiem od góry ku dołowi. Na grzbiecie po stronie prawej w okolicy kąta łopatki rozległy siniec wielkości dłoni dorosłego mężczyzny.

Narządy oddechowy i krążenia, jakoteż pokarmowy zmian chorobowych nie okazują.

Brzuch płaski, powłoki jędrne, oporów nieprawidłowych nad spojeniem łonowem ani nad pachwinami nie ma, odgłos wypukowy bębenkowy. Na wzgórku łonowym, sromie i na wewnętrznej powierzchni obu kończyn dolnych ślady krwi zaschłej. Wargi sromne większe i mniejsze znacznie obrzękłe i zaczerwienione, wewnętrzna powierzchnia obu warg mniejszych, jako też wejście do pochwy owrzodziałe, szarawą, nekrotyczną masą pokryte. Na powierzchni wewnętrznej, w dolnej części wargi mniejszej lewej rana podłużna o brzegach nierównych, na centymetr długa, w głąb tkanki drążąca, otoczenie rany sino-czarne. Po obu stronach we wysokości ujścia cewki moczowej liczne drobne owrzodzenia powierzchowne, sinawe; ujście cewki prawidłowej wielkości, pod niem wisi oderwany z przegrody pęcherzowo pochwowej płat, jako strzęp nekrotyczny, w środku rozszczepiony. Międzykrocze przerwane w całości, tylna ściana pochwy nieuszkodzona cofnęła się w głąb ku tyłowi, zdziergacz otworu stolcowego i odbytnica przerwane. Błona śluzowa odbytnicy wypukła się na zewnątrz na długość około 5 cm. Chora nie może sama moczu oddawać, stolca zaś i wiatrów zatrzymać nie jest w stanie.

Wobec tego polecono codzienne oczyszczanie rany i zakładanie opatrunku przeciwgnilnego a z przyczyny zatrzymania moczu odprowadzanie go po kilka razy dziennie. Przez pierwszych pięć dni chora gorączkowała dość znacznie, temperatura wieczorna dochodziła do 39° C., rano opadała do 37·8° C., tętno utrzymywało się od 86 do 112; przez dalszych parę dni utrzymywał się jeszcze stan podgorączkowy. Po tygodniu oddzielił się płat obumarły przegrody pęcherzowo-pochwowej. Po dwu tygodniach rana oczyściła się zupełnie, chora sama zaczęła mocz oddawać; w przeciągu zaś następnych dwu tygodni zabliźniła się rana. Po całkowitem zabliźnieniu się mieliśmy do czynienia z całkowitem przedarciem a właściwie zupełnym brakiem międzykrocza, które należało na nowo wytworzyć i ustrzedz tym sposobem chorą od przykrych następstw takiego przedarcia, uwalniając ją równocześnie od kalectwa, jakiem jest niemożność zatrzymania wiatrów i stolca. Dlatego po należytem przygotowaniu chorej przystąpiono do zabiegu operacyjnego *(perineorraphia)* celem wytworzenia na nowo międzykrocza. W uśpieniu chloroformowem okrojono i odświeżono brzegi symetrycznie po obu stronach, ile możności, najstaranniej w zdrowej tkance według metody Freunda, na dwa milimetry od wyraźnie zarysowanej granicy między tkanką prawidłową a blizną, okrwawiając równocześnie brzeg tylnej ściany pochwy dla następnego przyczepienia go do nowo wytworzyć się mającego międzykrocza. Po okrwawieniu przystąpiono do szycia. Naprzód zeszyto rozdartą przednią ścianę odbytnicy dokładnie założonym szwem kuśnierskim katgutowym, uwzględniając szczególniej okolicę przerwanego zdziergacza. Po zeszyciu odbytnicy należało symetrycznie okrwawione powierzchnie spoić ze sobą dokładnie i w ten sposób wytworzyć międzykrocze. W tym celu zapuszczono w głąb dwa piętra szwów kuśnierskich katgutowych, następnie przyszyto kilkoma szwami brzeg tylnej ściany pochwy do tylnej powierzchni nowego międzykrocza a wreszcie brzegi powierzchni okrwawionej dostosowane do siebie zespojono dokładnie jedwabnymi szwami węzełkowymi. Po ukończeniu operacyi stosunki nowo wytworzone przedstawiły się niemal zupełnie prawidłowo. Chorą ułożono na łóżku z wyprostowanemi obok siebie nogami, polecając jej zachowywać się spokojnie, przepisawszy dyetę wyłącznie płynną i wewnętrznie nastój makowca, 3 razy dnia po 15 kropel. W celu uniknięcia zanieczyszczenia rany polecono chorej, by sama moczu nie oddawała, tylko by odprowadzano go cewnikiem po parę razy dziennie.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy; pierwszy stolec po lawatywie w 14 dni po operacyi bez znaczniejszych bólów. W 16 dni po operacyi wyjęto szwy jedwabne na międzykroczu; cała rana zgojona przez rychłozrost, tylko parę powierzchownych szwów nieco poprzecinało skórę. W miesiąc po operacyi chora chodziła już swobodnie; mocz oddaje dobrowolnie, stolec i wiatry jest w stanie zatrzymywać, nie doznając w ogóle żadnych dolegliwości.

Ze względu na rodzaj doznanego obrażenia i sposób powstania przypadek nasz jest dość ciekawym; nie łatwo bowiem odpowiedzieć, w jaki sposób nastąpiło zupełne przedarcie zdrowego przedtem międzykrocza u 19-letniej dziewczyny, dość dobrze rozwiniętej, której części rodne zewnętrzne i wewnętrzne były rozwinięte prawidłowo. Aby powstać mogło tak znaczne obrażenie, siła użyta musiała być nietylko znaczną, lecz i miejsce, w którem ta siła działać zaczęła, musiało być dogodne, nie dozwalające łatwego ześliźnięcia się a więc musiało to być miejsce z natury zagłębione a takiem mógł być albo przedsionek, albo też okolica otworu stolcowego. Jeżeliby siła działać zaczęła na przedsionek, to aby przedrzeć międzykrocze i odbytnicę *(rectum)*, musiałaby zadziałać w kierunku z. góry na dół i od przodu ku tyłowi, co przecież przy spółkowaniu jest rzeczą prawie niepodobną, gdyż prącie podczas wzwodu przyjmuje kierunek ku górze a nie ku dołowi. Jeżeli zaś zestawimy razem najważniejsze, powyżej opisane zranienia a więc przedarcie odbytnicy i zdziergacza rzyci *(rectum* i *sphincter ani)*, przedarcie międzykrocza a wreszcie oderwanie strzępu z przegrody pęcherzowo-pochwowej, to mimowoli nasuwa się pytanie, czy też w tym porządku, jak obecnie zostały wymienione, zranienia te powstać kolejno po sobie nie mogły.

A zatem czy siła, która te obrażenia wywołała a więc prącie nie rozpoczęło działać w okolicy otworu stolcowego, dążąc ukośnie od dołu i tyłu ku górze i ku przodowi.

Tego rodzaju wytłómaczenie powstania tego obrażenia wydaje mi się najprawdopodobniejszem, albowiem nic nie przemawiało za użyciem w tym przypadku jakiegokolwiek narzędzia, przedarcie zaś zdrowego międzykrocza prąciem w inny sposób trudno sobie wytłómaczyć. Czy zaś obok tego nie użyto w sposób gwałtowny palców rąk dla rozszerzenia części rodnych zewnętrznych, za czem zdaje się, że przemawiają owe liczne otarcia i owrzodzenia na wewnętrznej powierzchni obu warg mniejszych i przedsionka we wysokości cewki moczowej, tego rozstrzygnąć nie można.

Pomimo skrzętnego badania żadnej okoliczności uspasabiającej do powstania tego obrażenia ze strony pacyentki wynaleźć nie było można; części płciowe całkiem prawidłowo rozwinięte nie przedstawiały żadnych zboczeń. Ostatecznie za przyczynę istotną tego obrażenia uznać musimy stan niepoczytny, nieprzytomny mężczyzny, przyczem prącie zadziałało silnie w nieprawidłowym kierunku od strony otworu stolcowego na międzykrocze.

Częściej, aniżeli z obrażeniami części rodnych kobiecych podczas spółkowania, spotykamy się w piśmiennictwie z uszkodzeniami części płciowych kobiecych skutkiem uderzenia i skaleczenia się o jakikolwiek ostry przedmiot. Tego rodzaju obrażenia tyczą się prawie wyłącznie części rodnych zewnętrznych a przedewszystkiem okolicy cewki i opuszki (*bulbus*) cewki moczowej, a dzieje się to raz dla tego, ponieważ części te są więcej na uraz wystawione, aniżeli położone głębiej, a powtóre z przyczyny kierunku, w jakim zazwyczaj działa uraz. Jako najczęstszą bowiem przyczynę zranienia wymienić należy upadnięcie okrakiem na przedmiot wystający, czy to tępy, czy ostry; w takim razie siła, uraz wywołująca, działając z dołu ku górze, przecina lub miażdży części miękkie w kierunku spojenia łonowego. Ponieważ pod spojeniem łonowem przebiega cewka moczowa i ciała jamiste (*corpora cavernosa*) a po obu stronach przy wejściu do pochwy znajdują się liczne sploty naczyń krwionośnych, przeto każde prawie takie obrażenie sprowadza krwotoki groźne, często nawet bezpośrednio życiu zagrażające. Tego rodzaju niejako typowe zranienia, bo z charakterystycznym przebiegiem rany ku spojeniu łonowemu opisują: A. Normann (*Centralblatt für Gynäkologie* 1888, Schüllein (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Tom XXIII. Zeszyt II.) i Neugebauer (*Centralblatt f. Gynäkol.* 1893. Nr. 6). Że zaś krwotok powstały skutkiem takiego urazu może być bezpośrednio przyczyną nagłej śmierci, dowodem przypadek Heschla (Hoffmann: *Lehrbuch d. gericht. Medic.* Wyd. 4).

Jeżeli nadto tak emu zranieniu ulegnie osoba ciężarna, to naturalnie z przyczyny mocnego przekrwienia części rodnych krwotok będzie bardzo gwałtowny, trudny do utamowania i w braku natychmiastowej pomocy może łatwo sprowadzić śmierć. (Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Zastanówmy się teraz nieco bliżej nad działaniem wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę na podstawie przytoczonych przypadków.

W ropniach rogówki niezbyt dużych z *hypopyon*, nie wynoszącem więcej niż $^1/_3$ część komórki przodkowej, osiągałem wyniki bardzo dobre. *Hypopyon* zmniejszało się najczęściej już po pierwszem wstrzyknięciu a znikało po drugiem; bóle już po pierwszem wstrzyknięciu ustępowały zazwyczaj zupełnie albo zmniejszały się przynajmniej do tego stopnia, że chorzy, którzy przedtem mimo ciepłych okładów i narkotyków z powodu bólów spędzali noce bezsenne, spali dobrze. To działanie kojące ból występowało nawet wtenczas, gdy pierwsze wstrzyknięcie nie wywołało widocznej zmiany w stanie przedmiotowym rogówki. Ropień goił się w stósunkowo krótkim czasie po dalszych wstrzykiwaniach. Tylko w dwóch przypadkach doznałem zawodu. Wprawdzie i w nich zmniejszyło się *hypopyon* i ustąpiły bóle, ale rozpad ropny szerzył się coraz dalej i przyszło wreszcie do przebicia rogówki. Oba te przypadki były jednak bardzo ciężkie; w jednym (ropień zajmował większą część rogówki, *hypopyon* duże) nawet dwukrotne przypalenie galwanokauterem nie zdołało powstrzymać ropienia, które ograniczyło się dopiero po dobrowolnem przebiciu rogówki, co, jak wiadomo, zazwyczaj korzystnie wpływa na ropną sprawę zapalną w rogówce. W drugim przypadku (również duży bardzo ropień) zachodziło jeszcze powikłanie z śluzotokiem woreczka łzowego; jad więc znajdował się ciągle w najbliższem sąsiedztwie rogówki. W przypadku tym nastąpiło wprawdzie po pierwszych injekcyach niejakie polepszenie, lecz dalsze wstrzykiwania okazały się bezsilnemi i nie zdołały ograniczyć ropienia ani uchronić rogówki od przebicia. Wydaje mi się więc uprawnionem twierdzenie, że tylko niezbyt duże ropnie z niewielkiem *hypopyon* dadzą się łatwo i w krótkim stósunkowo czasie wyleczyć kilkoma wstrzyknięciami, w ropniach zaś dużych lub połączonych ze znacznem *hypopyon*, wstrzykiwania wpływają tylko na zmniejszenie się ilości ropy w komórce i usunięcie dolegliwych bólów, nie wystarczają jednak do całkowitego wyleczenia. Należy więc w takich razach prócz wstrzykiwań sublimatu stósować jeszcze, naturalnie obok atropiny, ciepłe okłady, jodoform, opaskę, wypalenie galwanokauterem a w razie potrzeby punkcyę rogówki lub keratotomię Saemischa. Nie odrzucałbym jednak i w tych przypadkach całkowicie wstrzykiwań, choćby tylko ze względu, że znakomicie uśmierzają bóle, które niekiedy bywają bardzo gwałtowne a po injekcyach, jak już rzekłem, ustępują w każdym niemal przypadku a przynajmniej zmniejszają się znacznie. W ropnych zapaleniach rogówki i tak zazwyczaj polecamy choremu pilne przepłukiwanie worka spojówkowego rozczynem sublimatu; otóż to przepłukiwanie dałoby się zastąpić injekcyami, które, chociażby codziennie zastósowane, upraszczają leczenie. Tylko wtedy, gdy jest obfitsza wydzielina zawierająca mnogie mikroorganizmy ropne, która stykając się ustawicznie z chorą rogówką, podtrzymuje zakażenie, gdzie więc zależy na częstem usuwaniu wydzieliny, będą miały częste przepłukiwania (co godzinę, nawet co pół godziny) wyższość nad injekcyami podspojówkowemi. Nic zresztą nie przeszkadza równoczesnemu stósowaniu sublimatu tak w postaci wstrzykiwań pod spojówkę, jako też w postaci przepłukiwań worka spojówkowego, które już w parę godzin po wstrzyknięciu, gdy usuniemy opaskę, można zacząć stósować.

To samo, co powiedziałem o ropniach, odnosi się i do wrzodów rogówkowych. W moich przypadkach wrzodów niezbyt dużych, z niewielkiem *hypopyon* osiągnąłem wyniki bardzo pomyślne: kilka injekcyj wystarczało do zupełnego wyleczenia w przeciągu dni kilku lub kilkunastu. W dwóch przypadkach, w których wstrzykiwania podspojówkowe nie wywarły widocznego wpływu na sam wrzód, zauważyłem przynajmniej ustąpienie bólów. Były to przypadki zaniedbane; w jednym *hypopyon* zajmowało połowę komórki przodkowej a wrzód był duży, od 5 tygodni nie leczony. Z tego wyprowadzić można wniosek, że o ile wrzody małe dadzą się wyleczyć za pomocą samych wstrzykiwań, o tyle w przypadkach wrzodów rozległych lub takich, w których *hypopyon* mimo wstrzykiwań stale się zwiększa, nie należy oczekiwać dobrych wyników po dalszych wstrzykiwaniach, lecz niezwłocz-

nie zastósować inne, w takich razach używane środki, nie zwlekając zwłaszcza z wypuszczeniem ropy z przedniej komórki.

W przypadkach wrzodów małych stósować można wstrzykiwania z równie dobrym skutkiem u chorych przychodnich. Leczenie, o ile wnosić mogę z własnych przypadków, nie trwa dłużej, raczej nawet, przynajmniej w niektórych razach, krócej; chory nie potrzebuje leżeć a więc leczenie jest dla niego dogodniejszem i mniej uciążliwem.

Sądząc po jednym przypadku zapalenia rogówki pryszczykowego pasemkowego (*keratitis phlyct. fascicularis*), zdaje mi się, że wstrzykiwania mogą powstrzymać dalsze szerzenie się sprawy chorobowej. Pytanie to, nie poruszone przez przytoczonych wyżej autorów zasługiwałoby na bliższe zbadanie.

W przypadkach ran rogówkowych wstrzykiwania również zapobiedz mogą ropieniu lub, zastósowane wcześnie, nie dopuścić do jego szerzenia się. Czy jednak w razie zakażenia ranki pooperacyjnej, gdzie, jak wiadomo, ropienie bardzo szybkim postępuje krokiem, wystarczą, tego rozstrzygać nie mogę, gdyż w naszym przypadku ani wstrzyknięcie pod spojówkę sublimatu ani inne równocześnie zastósowane środki nie zdołały uratować oka. Zgodziłbym się natomiast z Darierem, żeby do injekcyj uciekać się przed operacyą, jako do środka zapobiegającego zakażeniu, jeżeli zachodzi szczególna obawa zakażenia.

W zapaleniu rogówki miąższowem rozlanem oddały mi wstrzykiwania znaczne usługi. Zauważyłem tutaj, że z polepszaniem się wzroku bywa rozmaicie: raz wzrok poprawia się ciągle, stopniowo po każdem wstrzyknięciu, to znów poprawa postępuje z początku szybko, później jednak coraz wolniej a wreszcie bywa i tak, że kilka pierwszych wstrzyknięć zupełnie na polepszenie wzroku nie wpływa; dopiero potem z 5-tem lub 6-tem wstrzyknięciem wzrok zaczyna się poprawiać. Dlatego nie należy zrażać się, jeżeli w zapaleniu rogówki miąższowem rozlanem nie skutkuje kilka pierwszych wstrzyknięć. Co ważniejsza jednak, to to, że w przypadkach pomyślnych leczenie trwało znacznie krócej, niż przy użyciu innych środków; w jednym przypadku dwa miesiące, w dwóch innych po miesiącu. Rozumie się, że mam tu na myśli same tylko objawy zapalne, po których ustąpieniu pozostałe zaćmienia rogówkowe wymagają oczywiście dalszego leczenia środkami wyjaśniającymi. Uderzającym też jest ten przypadek, w którym cztery injekcye z samego początku choroby powstrzymały dalszy rozwój sprawy chorobowej.

Przekonałem się więc, że wstrzykując tylko sublimat pod spojówkę i zapuszczając atropinę do oka a wstrzymując się od stósowania wszelkich środków miejscowych lub ogólnych, można wyleczyć rozlane miąższowe zapalenie rogówki a nadto, że wstrzykiwania stósować można już w pierwszym okresie choroby, tudzież że może się nawet udać powstrzymać wtedy dalsze jej postępy. Oczywiście i tu spotkać się można z przypadkami ciężkiemi, jak n. p. dwa przypadki profesora Rydla, w których działanie wstrzykiwań było bardzo nieznacznem. Wszakże i w takich razach radzę ich nie odrzucać, owszem stósować je i to przez czas dłuższy nie zrażając się, jak wspomniałem, bezskutecznością kilku pierwszych wstrzyknięć. Należałoby je tylko wtedy połączyć z leczeniem ogólnem, jakie wskazuje etyologia danego przypadku, wystrzegając się jednak równoczesnego podawania przetworów jodu wewnętrznie, bo sądzę, że w ten sposób zastósowane okażą się dzielnym środkiem pomocniczym.

Bezsprzecznie skutecznemi były wstrzykiwania we wszystkich moich przypadkach zapalenia tęczówki. Już kilka wstrzyknięć, zastósowanych tylko obok atropiny, usuwało nieraz zupełnie zapalenie. W sprawozdaniach niektórych autorów znajduje się uwaga, że przy wstrzykiwaniach sublimatu działanie atropiny na źrenicę wybitniej i łatwiej występuje tam, gdzie źrenica po samej atropinie mało tylko się rozszerzała. Czyby temu nie należało przypisać rozerwania tylnych przyczepin w moim przypadku pod l. 26? Nieuprzedzonemu nasuwa się jednak z drugiej strony pytanie, czy w lekkich przypadkach zapalenia tęczówki, w których wstrzykiwałem sublimat, nie nastąpiłoby wyleczenie za pomocą samej tylko atropiny bez wstrzykiwań; wszakże takie przypadki są znane i niezbyt rzadkie.

Znakomite usługi oddały mi wstrzykiwania we wszystkich przypadkach zaćmień w ciałku szklanem a zwłaszcza uderzającym i niespodziewanym był skutek w krwotoku do ciałka szklanego. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

R. Gottschalk: **Grundriss der gerichtlichen Medicin für Ärzte und Juristen.** Leipzig. Verlag von G. Thieme 1894. Mała 8°, str. 322.

J. Borntraeger: **Compendium der gerichtsärztlichen Praxis.** Leipzig. Verlag von H. Hartung u. Sohn. Mała 8°, str. 695.

Do dość licznych podręczników niemieckich medycyny sądowej przybywają dwa nowe, o których pokrótce tylko chcemy zdać sprawę po części dlatego, iż je tylko pobieżnie przerzuciliśmy.

Pierwszy z nich omawia zasady medycyny sądowej z pominięciem psychiatryi sądowej a przypomina układem krótki podręcznik wydany już dawniej przez Gudera. Rzecz przedstawia autor nadzwyczaj krótko, na czem cierpi niejednokrotnie dokładność a tem samem i wartość dziełka. Dla początkującego ucznia może podręcznik ten przedstawiać pewną wartość, natomiast zaszczupłym i niedokładnym będzie on poradnikiem dla lekarzy sądowych i praktycznych. W tym względzie nie może on żadną miarą walczyć o lepsze ze znakomitem dziełem Hofmanna. Dla prawnika znów jest przedstawienie przedmiotu za obszerne.

Drugi podręcznik jest dziełkiem wyłącznie poświęconem zawodowym lekarzom sądowym. Mieści on obok przedstawienia dokładnego medycyny i psychiatryi sądowej krytyczny przegląd zasadniczych pytań i zagadnień sądowo-lekarskich; opracowany sumiennie, świadczy o biegłości i wykształceniu zawodowem autora.

Dziełko to może oddać wielkie usługi tak lekarzom sądowym praktycznym, jak i kandydatom do egzaminu rządowego (na fizyka). *Wachholz.*

Medycyna sądowa.

Seydel: **Objawy po przywróceniu do życia ludzi powieszonych lub uduszonych oraz ich znaczenie sądowo-lekarskie.**

E. S., 27-letnia kobieta, cierpiąca od dłuższego czasu na bóle głowy, dla których napróżno zasięgała porady lekarskiej, targnęła się na swe życie, wieszając się. W kilka minut potem zdjęta ze sznuru była całkiem nieprzytomną. Autor, który udzielił jej pierwszej pomocy, tak opisuje przebieg objawów aż do powrotu do zdrowia: Z początku nie dostrzegł

u pozornie zmarłej ani oddechu ani tętna w tętnicy sprychowej; tylko przysłuchem mógł przekonać się o słabem uderzaniu serca. Pod wpływem sztucznego oddychania wracał zwolna oddech naturalny a z nim i tętno prawidłowe, nieco jednak przyspieszone, 120 razy w minucie. W pół godziny po ocaleniu życia owej kobiety wystąpiły u niej drgawki tężcowe i kloniczne, przyczem nieprzytomna rzucała się podobnie, jak to się zdarza w rzucawce (*eclampsia*). Ten stan w następnej połowie godziny wzmógł się; kobieta zupełnie nieprzytomna wydawała dzikie okrzyki zachrypłym głosem, rzucając się bezładnie po ziemi. Ponieważ stan ten podobny do silnego podniecenia szałowego przedłużał się, przewieziono chorą do zakładu obłąkanych. Tutaj uspokoiła się; nazajutrz odzyskała przytomność, poczem w kilka dni opuściła zakład okazując tylko łuszczenie się przyskórka w miejscu przedtem obrzmiałej brózdy wisielczej na szyi i wynaczynionkę pod spojówką gałki ocznej. Z chwilą powrotu do przytomności wróciła chorej pamięć przeszłości odleglejszej, cały jednak przypadek, zamach na własne życie i motywa do niego uleciały z pamięci bezpowrotnie.

Powyższy przypadek nader zajmujący zgadza się w objawach z przypadkiem opisanym przez Wagnera, który opisuje objawy występujące u powieszonych, naczas jeszcze ocalonych, w następującej kolei: przed powrotem przytomności pojawiają się drgawki ogólne a to w chwili, gdy przywrócony oddech, zrazu słaby i urywany stanie się miarowym i głębokim. Drgawki mogą trwać od kilku minut do kilku godzin. Drgawki te najczęściej mają cechę drgawek padaczkowych; rzadko łączą się z niemi przymusowe ruchy chodu, czasem kołowego (*manège*). Z chwilą powrotu przytomności występuje luka w pamięci, odnosząca się do przypadków zaszłych przed samym zamachem, objaw zwany przez francuzów *amnésie retroactive*. I tak n. p. chora opisana przez Férégo i Bredę wróciwszy do przytomności nie pamiętała, iż powiesiła się sama, chrypkę odnosiła do zaziębienia, brózdę na szyi do ucisku kaftanika, poszukiwała w torebce swej daremnie sznuru potrzebnego jej do robót, przy pomocy którego wykonała zamach. Chory Biantego ani na chwilę nie przypuszczał możliwości, iż się targnął na swe życie, uważając przypuszczenie takie za myłkę lekarską. Koeniga chory, który powiesił się w Bonn, sięgał pamięcią tylko do chwili, kiedy dniem poprzód w południe wybrał się w podróż z Kolonii do Bonn. Czasem jednak wraca zwolna pamięć zajść i samego zamachu a to pod wpływem objaśnień udzielonych przez otoczenie. W sprawie wyjaśnienia objawów jak drgawek i luki pamięciowej wszczęła się sprzeczka między Moebiusem a Wagnerem. Pierwszy uważa objawy te za groźne objawy histeryi, drugi zaś tłómaczy objawy te, opierając się na doświadczeniu Kussmaula i Tennera, zmianami mózgu wywołanemi zamartwicą i nagłem odcięciem dopływu krwi do mózgu w skutek zaciśnięcia tętnic dogłowowych. Autor opierając się na doświadczeniu w opisanym przypadku i na wywodach Wagnera i Hofmanna oświadcza się za tłómaczeniem Wagnera, przyznając zarazem, iż przypadek przytoczony na poparcie swego wyjaśnienia przez Moebiusa dowodził wstrząśnienia mózgu a nie objawów, o których mowa. Amnezya wsteczna zdarza się nie tylko u ocalonych powieszonych, lecz także u zaczadzonych i ludzi dotkniętych wstrząśnieniem mózgu, jeźli wrócili do stanu prawidłowego.

Główne znaczenie sądowo-lekarskie należy przypisać w powyższych przypadkach tej luce pamięciowej, zwanej amnezyą wstecz cofającą się.

I tak bowiem może się zdarzyć, iż ktoś spełniwszy czyn karygodny, usiłuje odebrać sobie życie przez powieszenie. Na czas jeszcze uwolniony ze sznuru, wraca do zdrowia a stawiony przed sąd, zaprzecza zarzuconemu sobie czynowi zbrodniczemu. Otóż zachodzi pytanie, czy on wypiera się zbrodni rozmyślnie, czy też dlatego, że cała przeszłość odnosząca się do czasu spełnienia zbrodni przed nieudałym zamachem samobójczym wypadła mu z pamięci? Jeszcze większego znaczenia sądowo-lekarskiego nabiera amnezya wsteczna w następującym przypadku idealnym: zbrodniarz stranguluje swą ofiarę, która jednak zostaje potem ocaloną. Czy może ona potem przy konfrontacyi sądowej rozpoznać owego zbrodniarza?

Co do pierwszego przypadku, to Wagner ogłosił podobny z własnego doświadczenia.

Jeźli człowiek, który popełniwszy zbrodnię powiesił się, potem jednak ocalał, zapytany przed sądem co do dopuszczenia się zbrodni, stanowczo jej zapiera się, to nie można go żadną miarą posądzać o rozmyślne wypieranie się karygodnego czynu, gdyż może to być wynikiem amnezyi wstecznej. Wyjaśnienie tej okoliczności może się wydać sądowi nieprawdopodobnem; to też należy uzbroić się zawsze w znane w piśmiennictwie przypadki, dowodzące istoty tego objawu.

Co do drugiego przytoczonego przypadku, trzeba przyznać, iż w literaturze jest kilka dlań przykładów. Pominąwszy przypadek podany przez Hofmanna w jego podręczniku, przypomnieć należy liczne ofiary garoterów (zbrodniarzy, którzy dusili pętlą zarzuconą na szyję) w Londynie, które wobec sądu nie były w stanie poznać napastników, gdyż nie pamiętały zamachu.

Zatem z objawem tym lekarz sądowy liczyć się musi, zwłaszcza w tym razie, jeźli osoba duszona wskaże jako napastnika osobę przez sędziego sobie przedstawioną, nie tyle na zasadzie istotnej pamięci o zajściu, jak raczej autosuggestyi popartej pytaniami sędziego. Niewinny człowiek może być wówczas mylnie uznanym za zbrodniarza! (*Vierteljschr. f. ger. Med.* S. III. Tom VIII. Zeszyt 1. Lipiec 1894).

Wachholz.

Wernich: **Krótkie zdanie sprawy z czynności sekcyi sądowo-lekarskiej międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Rzymie.**

W. podał krótkie a krytycznemi uwagami na całość Zjazdu wzbogacone zdanie sprawy z czynności sekcyi medycyny ostatniego międzynarodowego Zjazdu w Rzymie na ostatniem walnem zebraniu pruskich urzędników lekarskich. Szczególnie krytyczne jego uwagi, tyczące się całości Zjazdu czynią wymienione zdanie sprawy cennem i godnem uwagi. Prezesem sekcyi sądowo-lekarskiej obrano prof. Crecchia z Neapolu, honorowymi prezesami obrano z Niemców nieobecnych: prof. Hofmanna i doc. Strassmanna (z Berlina), z obecnych zaś prof. Krattera (z Gracu) i sprawozdawcę. Najwięcej zajęcia obudził referat prof. Filomusiego z Genui. Żądał on, aby domy przeznaczone dla czasowego przechowania zwłok, tak zwane *Morgue* pozostawały pod wyłącznym sterem profesorów medycyny sądowej i aby ani władze policyjne, ani sądowe na zarząd tych zakładów nie miały wpływu. W sprawie tej usiłowano za pomocą odpowiedniej ustawy władzom policyjnej i sądowej, jakoteż i profesorom medycyny sądowej nadać odpowiednie znaczenie. Przeciwko projektowi podobnej ustawy wystąpiło kilku włoskich profesorów. Sprawa ta, tycząca się zresztą tylko włoskich stosunków, wywołała długą i dość namiętną szermierkę na słowa. Ważniejszą od poprzedniej była sprawa tycząca się okoliczności, czy dotychczasowi znawcy sądowi mają wydawać orzeczenia z zakresu bakteryologii, czy też należy utworzyć oddzielnych znawców w tym względzie, podobnie jak dziś są już odrębni znawcy chemicy. Prof. Kratter a za nim i sprawozdawca oświadczyli, iż dotychczasowi znawcy powinni wydawać swe orzeczenia i w zakresie bakteryologii, jednak wpierw należałoby im umożliwić wykształcenie odpowiednie. W dalszym ciągu posiedzeń sekcyjnych roztrząsano różne sprawy, jak: śmierć z rażenia prądem elektrycznym, sposoby wykrycia hemoglobiny, wykazania gonokoków w starych plamach i t. d.

W krótkiem tem zdaniu sprawy nie nazywa W. ostatniego Zjazdu wprost nieudałym, jednak z uwag jego na końcu wypływa sąd podobny. Przedewszystkiem zajmowano się obficie zapowiedzianym materyałem bardzo gorączkowo i pośpiesznie, przez co nie udało się go dostatecznie i z pra-

wdziwa korzyścia dla nauki zgłębić i spożytkować. Powtóre okazał ostatni Zjazd dowodnie, iż głównym jego celem nie była strona umiejętna, lecz korzystanie z nadarzającej się sposobności do rozrywki. Uczestnicy spieszyli się uporać z właściwym przedmiotem Zjazdu, czego dowodem, iż mimo nie wyczerpania porządku dziennego nie mogło odbyć się trzecie zebranie ogólne dla braku uczestników; główną zaś przyczyną pośpiechu i lekceważenia czynności Zjazdu była niestety płeć piękna, która wbrew odważnie podniesionemu dziś sztandarowi sięgania po wyższe zawodowe studya śpieszyła chętniej na rozrywki, niż na trudzące wykłady. W. zwróciwszy raz jeszcze uwagę na inne także usterki ostatniego Zjazdu międzynarodowego, n. p. szkodliwe mięszanie się w sprawy zjazdowe kół miejscowych i t. d., oświadcza, iż przyszły międzynarodowy Zjazd, który ma się odbyć w cesarstwie rosyjskiem, zyska zapewne na wartości przez to, iż kobiety, nie spodziewając się na nim wielu rozrywek, nie przybędą nań a przez to pozwolą właściwym uczestnikom oddać się poważnym a płodnym wskutki czynnościom właściwym Zjazdu.

Powyższe zdanie sprawy przyjęło zgromadzenie pruskich urzędników sanitarnych gorącymi oklaskami. *(Offizieller Bericht ü. d. elfte Hauptversammlung des med. Beamtenvereins zu Berlin am 23. u. 24. April 1894.* Berlin 1894).

Wachholz.

Terapia.

Bauernstein: Migrenina.

B. donosi, że od dwudziestu kilku lat cierpiał na nerwoból karkowy (*neuralgia cervicalis*), często połączony z migreną i w skutek tego spróbował najpierw sam na sobie wynalezionej w r. z. przez Overlacha a wyrabianej przez firmę Meister Lucius i Brünning w Höchst n. M. migreniny (cytrynian antypiryno-kofeinowy). Autor nie zdajduje dość słów podzięki dla wynalazcy tego środka. Co do dawki zgadza się z Overlachem, że 1·1 gr. działa najpewniej. Działanie to wzmacnia się przez spoczynek jednę godzinę trwający. W razie potrzeby należy po 2 godzinach podać drugi proszek. B. zwraca szczególniej uwagę na to, że dla lekarza migrenina przedstawia tę bardzo ważną zaletę, że może skutek przepowiedzieć choremu z pewnością. W migrenie polegającej na skurczu naczyń *(hemicrania angiospastica)*, działanie migreniny następuje rychlej niż w postaci porażnej *(hemicrania angioparalytica)*, jednakże w obu formach następuje wyleczenie. *(Allg. med. Central-Zeitung.* 1894. Nr. 35).

Beck.

Ewald: Migrenina Overlacha.

Migrenina jest mięszaniną antypiryny, kofeiny i kwasu cytrynowego i zawiera w gramie 0·09 czystej kofeiny i 0·85 antypiryny. E. stosował od Grudnia roku zeszłego środek ten w typowej migrenie a mianowicie w postaci angiospastycznej ze zboczeniami żołądkowemi. względnie żołądkowo-jelitowemi, tętnem małem, zwolnionem, często przepuszczającem, światłowstrętem i ogólną, ciężką depresyą, która w jednym przypadku dochodziła do utraty przytomności. Stosując w tych przypadkach według przepisu Overlacha dawkę 1·1 migreniny, otrzymał rezultaty nadzwyczaj pomyślne. Prawie bez wyjątku napad ustawał w początkach i to nietylko za pierwszym i drugim razem, jak to w migrenie zdarza się z nowymi środkami, lecz także przy częstem podawaniu. Co więcej, gdy inne środki stosowane przeciw migrenie usuwają tylko na pewien czas napad, który po upływie 24 lub 48 godzin tem silniej się zjawia, przekonał się E., że migrenina usuwa w zupełności napad w jego początkach. Głównym warunkiem pomyślnego skutku jest użycie środka jak najwcześniejsze, mianowicie zaraz z początkiem pierwszych objawów i o ile możności na czczo. Po użyciu należy wstrzymać się przez 2 godziny od jadła i napojów. Jeżeli ból głowy nie ustępuje w godzinę po zażyciu jednego proszka, nie należy jeszcze podawać drugiego, gdyż często działanie występuje dopiero po upływie $1^1/_2$ godziny. Jeżeli zaś i w tym czasie ból głowy nie ustąpił, należy podać drugą dawkę. Ważnem jest, aby chory przez $1-1^1/_2$ godziny po zażyciu proszka leżał spokojnie. *(Berliner klin. Wochenschrift.* 1894. Nr. 21).

Beck.

Psychiatrya.

O. Berkhan: Przypadek psychozy ze stanem letargicznym, trwającym pół roku.

B. opisuje przypadek psychozy u 15-letniej dziewczyny, pochodzącej z rodziny umysłowo zdrowej, z której jednak cztery osoby zmarły na gruźlicę. Chora, imieniem Marya, była aż do obecnej chwili zdrowa, odznaczała się brakiem zdolności umysłowych i zbytnią powściągliwością względem otoczenia. Nagle wystąpił u niej wstręt do jadła, który jeszcze powiększył się od chwili, kiedy ujrzała raz zwłoki ludzkie. Odtąd unikała zalękniona otoczenia swego, siadała zazwyczaj na przypiecku i tu zasypiała. Senność jej powtarzała się coraz częściej i trwała coraz dłużej. Wreszcie popadła w sen trwający pół roku. Ojciec sądząc, że Marya nie żyje, poczynił już przygotowania do pogrzebu, przywołany jednak ksiądz polecił zasięgnąć porady lekarskiej.

Autor znalazł chorą w następującym stanie: chora uśpiona robiła wrażenie modelu woskowego; budowa ciała delikatna, wychudnienie bardzo znaczne, powłoki blade z lekkim rumieńcem na licach, na krzyżach odleżyna, nos pokryty kroplistym potem, palce u nóg strupieszałe. Obwód głowy 52 cm., wymiar taśmą mierzony od ucha do ucha przez szczyt głowy 33 cm. Powieki na pół przymknięte podnosiły się nieznacznie za podmuchnięciem w twarz; po odchyleniu powiek jednego oka, wykonywały gałki oczne ruchy kołowe, przyczem chętnie zwracały się w stronę przeciwną tej, po której stał autor. Drażnienie nosa piórkiem lub amoniakiem nie wywoływało żadnej reakcyi, podobnie i stuk nie działał na chorą. Powłoki były znieczulone, wyjąwszy powłoki wewnętrznych powierzchni obu ud. Odruch brzuszny wyraźny, odruchy ścięgniste zmniejszone, okolica jajników nie wrażliwa. Podniesienie głowy było z początku możliwem, przy podniesieniu jej nad wysokość 5 cm. uczuwał autor opór, przy wyniesieniu chorej z łóżka ulegało ciało stężeniu. Za zbliżeniem do ust chorej szklanki z bulionem otwierały się wargi i chora przez lekko zaciśnięte zęby połykała nieco płynu. Wedle zeznań rodziców, żywiono ją w ten sposób od dłuższego czasu. Oddechu prawie nie można było dostrzedz, albowiem zaledwie powłoki brzuszne tylko poruszały się miarowo, 20 razy na minutę. Uderzenia serca nie można było wyczuć, tony serca były ciche, nad żyłami szyjnemi buczenie, tętno słabe 96 w minucie, ciepłota prawidłowa. Mocz oddaje chora bezwiednie; stolec oddała w 6-ciu tygodniach 2 razy. Pod wpływem prądu przerywanego kurczyły się mięśnie dokładnie. Chora oddana do zakładu obłąkanych przez dłuższy czas jeszcze była pogrążoną w śpiączce, wreszcie z upływem sześciu miesięcy, zwolna odzyskując ruchy, ocknęła się. Pamięć jej po obudzeniu sięgała aż do czasu przed popadnięciem w sen. W dwa lata po wyleczeniu zapadła powtórnie i zmarła po 11-miesięcznem trwaniu choroby.

Autor zalicza przypadek ten do formy obłąkania histerycznego i wskazuje na względną jego częstość. I tak opisuje Stoll wieśniaka, który po 3-miesięcznej zadumie popadł w sen przez pół roku trwający, Bischoff opowiada o żołnierzu 42-letnim, który z przestrachu dostawszy katalepsyi powikłanej napadami padaczki popadł w sen rok i 4 miesiące trwający. Lekarz sztabowy Peltzer opisuje śpiącego ułana z objawami katalepsyi i psychozy, wreszcie Loewenfeld wspomina w pracy o sennych stanach w histeryi o trzech kobietach, u których śpiączka łączyła się z objawami umysłowemi. (*Allg. Ztschr. für Psychiatrie* Tom 50. Zesz. III. i IV. 1894).

Wachholz.

Zapiski terapeutyczne.

— Smith: W sprawie leczenia nałogu nadużywania środków narkotycznych. (Rzecz miana w sekcyi psychiatryczno-neuropatologicznej między-

narodowego Zjazdu lekarskiego w Rzymie). Nadużywanie jednego tylko środka narkotycznego, n. p. tylko wyskoku lub tylko morfiny jest teraz stósunkowo rzadkie. Zazwyczaj nadużywanie wyskoku przyłącza się później do nadużywania morfiny, kokainy, chloralu, sulfonalu lub antypiryny a morfinista jest bardzo często zarazem alkoholistą, kokainistą w ostatnich zaś czasach i kodeinistą. Godnem jest uwagi spostrzeżenie autora a także i Kraepelina, że w niektórych okolicach pojawiają się nagle takie jakby wyspy z osób nadużywających środków narkotycznych, mianowicie morfiny i wyskoku.

Badając przyczynę tych okoliczności, dochodzi autor do nieprzyjemnego wniosku, iż przyczyną tego komplikowania się nałogów nadużywania środków narkotycznych są prawie bez wyjątku błędy popełnione przez lekarzy.

I tak biorąc pod uwagę alkoholizm, popełnia się błąd, iż przypadów u danej osoby nie wywodzi się z nadużywania wyskoku, lecz uważa je za samodzielne przypady nerwowe i dlatego leczy się ból głowy antypiryną, zawrót chloralem, niepokój ogólny i bezsenność morfiną, kokainą i sulfonalem a ponieważ z powodu utrzymywania się przyczyny objawy te nie ustępują, przeto już dla prostej dogodności oddaje się wymienione leki do rąk pacyentom do zażywania w miarę potrzeby *à discretion* i w ten sposób wytwarza się nimi przewlekłe zatrucie.

Dlatego chcąc w odpowiednich przypadkach działać skutecznie, trzeba przedewszystkiem naprzód rozpoznać alkoholizm jako taki a następnie leczyć go. Że tylko wstrzymanie się zupełne od alkoholu może tu być tym środkiem leczniczym, rzecz oczywista, jak i to pewna, że leczenie takie przez zupełne wstrzymanie się od napojów wyskokowych daje się przeprowadzić tylko i to dopiero po kilkunastu miesiącach w odpowiednich zakładach a nie w towarzystwie osób również nadużywających wyskoku! Co mówi Hirt o działaniu sugestyi na alkoholizm, jest dla autora nierozwiązaną zagadką, sprzeczną z jego własnem doświadczeniem.

W morfinizmie przychodzi do powikłań w ten sposób, że do leczenia objawów powstałych z wstrzymania morfiny używa się alkoholu a nawet jest w Niemczech zakład bardzo znany, w którym przy obliczaniu kosztów leczenia biorą z góry już w rachunek szampan potrzebny do leczenia. W ten sposób wyleczywszy w najlepszym razie chorego z przewlekłego morfinizmu, wypuszczają na świat skończonego alkoholistę!

To samo tyczy się kokainizmu i spostrzeganego w ostatnich czasach przez autora kodeinizmu, do wyleczenia według jego obserwacyi szczególniej trudnego. Dlatego też S. do leczenia morfinizmu nie używa alkoholu, lecz dostawszy chorego, który nałogowo używa i morfiny i alkoholu, odejmuje mu odrazu alkohol i przekonywa się, że w tym razie nietylko łatwiej odzwyczaić chorego od morfiny, ale nadto, że po odjęciu alkoholu poprawia się znakomicie czynność przewodu pokarmowego a ciało przybiera na wadze. Podobne spostrzeżenia porobiono także w klinice Forela w Zurychu.

Rozumie się zresztą samo przez się, że leczenie z morfinizmu przewlekłego wymaga bardzo ścisłego indywidualizowania w każdym przypadku i nie da się przeprowadzić według żadnych ogólnych reguł.

Największa wszakże trudność w leczeniu nadużywania środków narkotycznych polega nie na ich odjęciu, ale na zapobieganiu recydywom.

Z postrzeżeń w tej mierze Forela, Kraepelina i autora wypada, że recydywy u morfinistów mają swą przyczynę najczęściej albo w zaordynowaniu przez lekarza na nowo morfiny albo w nadużyciu alkoholu jednorazowem i powstającem skutkiem niego przygnębieniu fizycznem i psychicznem. Jeżeli przeto wyleczonego morfinistę zdoła się wstrzymać, ale całkiem oczywiście, od alkoholu, to tem samem zażegnało się główne niebezpieczeństwo recydywy wymienionego nałogu.

Zdaniem autora nie ma żadnych trudności w odzwyczajeniu ludzi od alkoholu; w najcięższych przypadkach nie trwa to dłużej niż 8 dni, w lekkich wystarcza 2 lub 3 dni a nie ma co obawiać się przypadów z nagłego wstrzymania alkoholu, jak to przyznają także Kraepelin, Forel i inni w przeciwieństwie zupełnem do innych obserwatorów, ale natomiast są nadzwyczajne trudności w uchronieniu wyleczonego od recydywy.

Gdyby nasze towarzystwo składało się wyłącznie z alkoholistów i wstrzemięźliwych, nie byłoby niebezpieczeństwa, bo samo przypatrzenie się przez wyleczonego różnicy między jednymi a drugimi chroniłoby go od powrotu do nałogu! Ale u nas (to jest w Niemczech) stósunki są odmienne: całe życie towarzyskie koncentruje się w restauracyach i piwiarniach. Kto więc nie chce z niem zerwać, musi iść do restauracyi lub piwiarni i tam jest wystawiony na ciężkie pokusy, namowy, żarty i t. p. ze strony pijących, nie zdoła się oprzeć a jeżeli raz skosztuje napoju wyskokowego, jest zgubiony; recydywa jest pewna tem bardziej, iż namawiający go do picia mają mnóstwo argumentów, nawet zaczerpniętych nieraz z dzieł poważnych farmakologów!

Niewątpliwie są tu w znacznej mierze winni i lekarze, między którymi znajduje się, jak wiadomo, wielu nadużywających jednego lub drugiego środka narkotycznego i koło nich to tworzą się owe wyspy, na początku niniejszej pracy wspomnione. Ci z lekkiem sumieniem, jakby dla usprawiedliwienia swego własnego postępowania, zapisują łatwo morfinę lub alkohol. Lewin też radzi a zgadza się z nim i autor, iż lekarzom, którzy sami nadużywają środków narkotycznych, powinno wzbronić się praktyki lekarskiej aż do wyleczenia się z nałogu.

W ten sposób leczenie nadużywania środków narkotycznych sprowadza się głównie do kwestyi wyskoku, kwestyi usunienia od ludzkości tej plagi, którą jest alkohol!

Z powyższej pracy wysnuwa autor następujące wnioski:

1) Wszelkie nadużycia środków narkotycznych można leczyć skutecznie jedynie w osobnych, na ten cel urządzonych i przez lekarzy kierowanych zakładach.

2) Do leczenia jednego nałogu lub zboczeń z tego nałogu wypadających nie można używać innego środka narkotycznego, mianowicie alkoholu.

3) Do leczenia alkoholizmu w zakładach nadaje się głównie nagłe odjęcie alkoholu i nie ma żadnego wskazania do używania u alkoholistów wyskoku, jako środka leczniczego. Leczenie w zakładzie trwać powinno od 6 do 18 miesięcy.

4) Sposób odjęcia morfiny zależy od dawki używanej, czasu trwania zatrucia a przedewszystkiem od indywidualności chorego. Można też morfinę w miarę okoliczności odjąć albo odrazu albo powoli, jednak w czasie nie dłuższym, niż w trzech tygodniach.

5) Na trwały skutek w zatruciu przewlekłem tak morfiną jak i alkoholem można rachować tylko wtedy, jeżeli równocześnie odejmie się całkiem alkohol a chory przystanie na zupełne wstrzymanie się od napojów wyskokowych, bo jedno użycie ich sprowadza prawie zawsze recydywę.

6) Lekarze nadużywający środków narkotycznych nie powinni trudnić się praktyką lekarską, dopóki nie pozbędą się sami swego nałogu. (*Münchener medic. Wochenschrift.* 21. Sierpnia 1894).

— Brassert: O sposobach stłumienia woni moczu i potu u niektórych chorych. Wiadomo, że pod wpływem wewnętrznego zażywania terpentyny mocz nabiera woni fiołków; można też przez zadawanie tego środka stłumić woń przykrą, którą wydają chorzy dotknięci niemożnością utrzymania moczu w pęcherzu. Według autora, asystenta kliniki psychiatrycznej profesora Emminghausa we Fryburgu w Bryzgowii, zadawanie trzy razy dziennie po 10 kropel czystego olejku terpentynowego (*oleum terebinthinae rectificatum*) wystarcza nie tylko do usunienia przykrej woni moczu, ale nawet przemienienia jej w woń fiołków. Olejku

terpentynowego można w ten sposób używać nawet i przez kilka tygodni bez żadnej szkody dla chorego, jak o tem świadczą postrzeżenia w wymienionej klinice.

Przeciwwskazaniem są: wrzód okrągły i nieżyt żołądka, zmiany zapalne w nerkach lub upośledzenie trawienia albo inne zboczenia chorobowe, powstałe już po zażywaniu olejku przerzeczonego.

Do zgubienia znów przykrej woni przeziewu skórnego u niektórych chorych używają w klinice Emminghausa z bardzo dobrym skutkiem codziennych kąpieli z dodatkiem 3 do 4 gramów nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum),* który w tem roztworzeniu nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych skutków ubocznych.

— Dla cierpiących na moczówkę cukrową zaleca się do poskromienia pragnienia limonada według przepisu:

103) Rp. *Glycerini puri* 20·00—30.00
Acidi citrici 3·00
Aquae fontis ad 1000·00
DS. Spotrzebować przez dzień.
(*Lyon médical* 1894).

— W miesiączkowaniu bolesnem zaleca prof. Karol Rokitansky do lawatywy, którą powinna chora zatrzymać w sobie:

104) Rp. *Exti opii aquosi* 0·05
Camphorae tritae 0·30
Vitellum ovi *unius*
Aquae 150·00

— Przeciwko uporczywemu zaparciu stolca u dzieci cierpiących na gruźlicę otrzewnej, jelit lub gruczołów kreskowych zaleca T. Escherich:

105) Rp. *Atropini sulfurici* 0.003
Aquae destil. 100·00
Potionis gummosae 20·00
MDS. Zażywać dziennie po dwie łyżeczki od kawy.

Dla skutku trzeba używać przez pewien czas tej mięszaniny, w razie potrzeby podawać równocześnie inny środek przeczyszczający a w każdym razie kontrolować bardzo starannie źrenice.

V. Stan nauk lekarskich w Anglii.

Napisał
Dr. Gustaw Piotrowski,
Docent fizyologii w Uniwersytecie lwowskim.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

W i l l i a m S h a r p e y (1802—1875) odbywał studya w Edynburgu, gdzie podówczas był profesorem John Barclay, słynny badacz, szczególnie w anatomii porównawczej. Po ukończeniu medycyny udał się do Paryża, gdzie blisko rok pracował w Hôtel-Dieu pod Dupuytrenem. Powróciwszy do Edynburga doktoryzował się, napisawszy rozprawę *De ventriculi carcinomate.* Udawszy się ponownie do Paryża, oddawał się studyom przyrodniczym w *Jardin des Plantes.* W 1824. wrócił do kraju, pracował w anatomii i fizyologii. W 1827. udał się dla studyów przez Paryż i Genewę do Medyolanu i Pawii, gdzie czas pewien spędził z Panizzą, następnie do Genui i Florencyi. Zimę spędził w Rzymie i Neapolu, w 1828. zaś zwiedził Bolonię, Padwę, Weronę i Inspruk. Lato spędził częścią w Austryi, częścią w Niemczech. Blisko rok pracował z R u d o l p h i m, słynnym nauczycielem J. M ü l l e r a, przeważnie w anatomii. Większą część podróży odbył pieszo. W 1829. osiedlił się w Edymburgu i począł się przygotowywać do zawodu nauczycielskiego. W tymże celu udał się w 1831. na kilka miesięcy do Berlina, gdzie zbierał i przygotowywał preparaty. Pierwszy raz wykładał anatomię w *Extra Academical School* w zimie 1831—2. Zaznaczywszy się jako wyborny nauczyciel, pozyskał sobie bardzo wielką liczbę słuchaczów. Od roku 1829. zajmował się badaniami nad ruchem migawkowym, które ogłosił p. t. *On a peculiar Motion excited in Fluids by the surfaces of certain Animals. Edin. Med. and Surs. Journ. 1830.* Zbadał on nader dokładnie własności ruchu migawkowego, migawek jednak nie wykrył, posiadał bowiem bardzo lichy mikroskop. Odkrycia tego dokonali dopiero w 1834 r. P u r k y n j e i V a l e n t i n. Prace ich przetłómaczył w 1835 w *The Edinburgh New Philosophical Journal* i opatrzył dodatkami, zawierającymi własne cenne spostrzeżenia. Ogół swych badań ogłosił w artykule *Cilia* w *Cyclopedia of Anatomy and Physiology 1836*, gdzie również napisał artykuł *Echinodermata.* W r. 1836, t. j. po usunięciu się z katedry anatomii i fizyologii w University College J o h n e s Q u a i n a, autora olbrzymiego dzieła o anatomii, został profesorem fizyologii, anatomii zaś R i c h a r d Q u a i n. Był to pierwszy przykład rozłączenia tych katedr. Zaczął wtedy fizyologię obszerniej traktować, wprowadził duży, niezgrabny mikroskop, istniejący dotychczas w zbiorach Univ. Coll., który, jak tramwaj, przejeżdżał na szynach od jednego ucznia do drugiego. Demonstrował nader wiele, już to na okazach i preparatach, już to na modelach i dyagramach. Pracował bardzo dużo. Liczne swe odkrycia opowiadał na wykładach, niewiele jednak publikował. Badania jego znaleść można w B a l e y a tłómaczeniu fizyologii Müllera, tudzież w piątem wydaniu *Quain's Anatomy*, które opracował wraz z R. Q u a i n e m. Przerobił tam zupełnie ogólną anatomię, oraz działy o anatomii mózgu i serca, narządów oddechowych i głosowych, trawienia i rozrodczych. Położył też nader wielkie zasługi około reformy wydawnictw akademii (*Royal Soc.).* Zgrupował koło siebie sporą garstkę, częścią uczniów, częścią też profesorów, którzy wiele mu zawdzięczają w wykształceniu fizyologicznem i zajmują obecnie najwybitniejsze miejsca w nauce. I tak w r. 1865. stworzona została w Univ. Coll. osobna katedra dla tak zw. praktycznej fizyologii i chemii fizyologicznej, którą zajmował H a r l e y do r. 1868. W tym czasie usunął się dla choroby a miejsce jego zajął F o s t e r, wychowaniec tej szkoły. Gdy F o s t e r zawezwany został w dwa lata potem do C a m b r i d g e, przybył na jego miejsce B u r d o n - S a n d e r s o n z *Brown. Institution.* W r. 1873 S h a r p e y ustąpił z powodu katarakty a B u r d o n - S a n d e r s o n powołany został na jego katedrę. S c h ä f e r zaś, który był asystentem S h a r p e y a od r. 1870., został mianowany t. zw. *Assistent Professor* (*Professeur adjoint* w Paryżu), zwyczajnym zaś profesorem w r. 1882, gdy B u r d o n - S a n d e r s o n przeniósł się do Oksfordu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 30. Sierpnia 1894 r.

— 66. Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się, jak już donieśliśmy w swoim czasie, od 24. do 30. Września r. b. w Wiedniu. Udział w tym Zjeździe może brać każdy, kto zajmuje się naukami przyrodniczemi lub lekarskiemi. Składka wynosi dla uczestników 10 złr., dla ich żon 5 złr. Karta legitymacyjna dla uczestnika nadaje prawo do odznaki, otrzymania dziennika zjazdowego, wszelkich druków przeznaczonych dla Zjazdu, do bezpłatnego wstępu na wystawę ze Zjazdem połączoną i na wszelkie uroczystości i wycieczki zjazdowe.

Karty legitymacyjne dla Pań dają prawo do udziału w uroczystościach, wycieczkach i w przyjęciach urządzonych przez grono dam wiedeńskich.

Po karty legitymacyjne zgłaszać się należy załączając pieniądze do 22. Września do księgarni Franciszka Deutickego w Wiedniu I. Schottengasse 6. a od 23. t. m. do biura Zjazdu w gmachu uniwersyteckim I. Franzensring, gdzie podczas Zjazdu będzie też osobny urząd pocztowo-telegraficzny. Listy i telegramy adresować można dla członków Zjazdu: *Wien, Universität, Naturforscher-Versammlung.*

Zjazd rozpoczyna się od zebrania towarzyskiego w Niedzielę 23. Września o 7. wieczór w *Cursalonie* parku miejskiego.

Odczyty na posiedzeniach ogólnych będą mieć: 1) profesor Leyden z Berlina: O Gerhardzie van Swietenie i dzisiejszej klinice; 2) prof. Klein z Getyngi: O Riemannie i jego wpływie na rozwój dzisiejszej matematyki; 3) prof. A. Kölliker z Wircburga: O subtelniejszej anatomii i znaczeniu fizyologicznem układu nerwu współczulnego; 4) prof. A. Forel z Zurychu: O mózgu i duszy; 5) O. Baumann: Podróż przez kraj Massai do źródeł Nilu i 6) prof. E. Mach z Pragi: Odczyt treści filozoficznej.

Z mnóstwa odczytów na ten Zjazd zapowiedzianych, wymieniamy tylko następujące: Dra Higiera z Warszawy: Przyczynek do kliniki rodzinnych i dziedzicznych chorób mózgu; prof. Dra O. Bujwida z Krakowa: O obecnym stanie wścieklizny i o szczepieniach ochronnych; Tegoż: O rezultatach badania mleka na targu w Krakowie; Doc. Dra L. Wachholza z Krakowa: O oznaczaniu wieku ze zwłok po skostnieniu górnego końca kości ramiennej (z demonstracyami); Tegoż: O zmianach w narządzie oddechowym w otruciu kwasem karbolowym; Dra Tymowskiego z Nicei: O prawdziwych czynnikach leczenia klimatycznego; Dra Kowalskiego, lekarza pułkowego w Wiedniu: O przechodzeniu zarodków chorobotwórczych przy przesączaniu wody małemi filtrami; Dra J. Karlińskiego, lekarza pułkowego: W sprawie filtrów dla wojska. Prócz tych zapowiedzieli jeszcze odczyty bez podania tytułów: Doc. Dr. Piotrowski ze Lwowa, prof. Borysiekiewicz z Gracu i prof. Pieniążek z Krakowa.

— Praca Dra Erazma Rościszewskiego w Nrze 13. i 14. pisma naszego z r. b. ogłoszona pod tytułem: Kilka uwag o chirurgicznem leczeniu gruźlicy przy równoczesnem stosowaniu kąpieli w solankach jodowo-bromowych, ukazała się po niemiecku w Nrze 33. *Wiener klin. Wochenschrift* z r. b., zkąd zrobiła z niej wyciąg dokładny *Münchener med. Wochenschrift* w Nrze 34. z r. b.

— Profesorowie Wydziału lekarskiego w Bukareszcie i lekarze rumuńscy postanowili nie brać udziału w międzynarodowym kongresie higieniczno-demograficznym, w dniu 1. Września w Budapeszcie obrady swe rozpoczynającym a to z powodu nieprzyjaznej rządu węgierskiego polityki względem Rumunów mieszkających w Węgrzech.

— Według profesora Ogaty w Tokio są w Japonii trzy kategorye lekarzy: trzymający się wiernie zasad starej medycyny japońskiej, należący do szkoły chińskiej i wychowańcy szkół lekarskich europejskich. Jest wszakże i wielu takich, którzy łączą ze sobą z większem lub mniejszem powodzeniem zasady tych trzech rodzajów medycyny.

Wydział lekarski w Tokio jest głównie niemiecki i język też niemiecki jest urzędowym językiem wykładowym i naukowym uniwersytetu tokijskiego.

Lekarzy było w r. 1889. w Japonii 41.305, z których czwarta część mniej więcej uczyła się medycyny europejskiej.

Największa część lekarzy japońskich sporządza sama leki dla chorych, ordynuje za darmo a ma dochód ze sprzedaży leków.

W wielkich miastach Japonii mają niektórzy lekarze z wielką praktyką własne szpitale o 40 do 100 łóżkach.

— Jeden z lekarzy niemieckich donosi o wiewiórze (*blennorrhagia*) *sine coitu* u dziewczynki 6-letniej, którego przyczyną jedynie wykazać się dającą było kąpanie się w wodzie, w której kąpał się poprzednio jej ojciec wymienioną chorobą dotknięty. Ów lekarz nie mógł przekonać się o używaniu przez te osoby wspólnych gąbek lub ręczników.

Przypadek ten przypomina sprawozdawcy francuskiemu przypadek, w którym panienka kilkunastoletnia została *gravida* po umyciu się wodą, której do tego samego celu użyła jej matka *post coitum conjugalem!*

— Ósmy międzynarodowy kongres oftalmologiczny odbył się w r. b. w Edymburgu od 7. do 10. Sierpnia przy udziale 150 członków.

Przewodniczący Argyll Robertson zwrócił przy zagajeniu obrad uwagę, iż oftalmologowie byli pierwszymi, którzy jeszcze przed 37 laty odbyli kongres międzynarodowy. Główne wykłady na kongresie były: prof. Snellena z Utrechtu: O leczeniu podspojówkowem ran operacyjnych i uraźnych rogówki i twardówki; Knappa z Nowego Jorku: O ekstrakcyi zaćmy; prof. Panasa: O porażeniu traumatycznem nerwów ruchowych oka; Priestleya Smitha z Birminghamu: O irydektomii w jaskrze; prof. Lebera z Heidelbergu: O zranieniach oka odłamkami miedzianemi; prof. Pflügera z Berna szwajcarskiego: O drenowaniu oka; Dra Landolta z Paryża: O strabotomii.

Następny kongres odbędzie się w Utrechcie w 1900 r.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Warszawa. Prof. Julian Kosiński zatwierdzony na swem stanowisku na dalszych pięć lat. Docent pryw. Dr. N. G. Uszynskij mianowany profesorem patologii ogólnej i doświadczalnej. — Kazan. Prof. Dogiel przeniesiony na emeryturę. Prof. nadzwyczajny Dr. Boldyrew mianowany profesorem zwyczajnym terapii ogólnej. Docent pryw. Dr. A. Panormow mianowany profesorem nadzwyczajnym chemii lekarskiej. — Wrocław. Docent pryw. pedyatryi w Pradze Dr. Czerny mianowany profesorem nadzwyczajnym pedyatryi. Giessen. Prof. nadzwyczajny chirurgii Dr. Fuhr mianowany profesorem zwyczajnym. — Getynga. Dr. L. Aschoff habilitował się na docenta prywatnego anatomii patologicznej. — Praga. Prof. Nicoladoni z Gracu przyjął powołanie na katedrę chirurgii opróżnioną przez powołanie do Wiednia prof. Gussenbauera. Prof. zwyczajny embryologii i histologii w czeskim uniwersytecie Dr. J. Janosik mianowany profesorem zwyczajnym anatomii. — Liverpool. Dr. A. M. Paterson, prof. w Dundee mianowany profesorem anatomii w *University College.* — Londyn. Dr. W. Boyce, lektor w *University College* mianowany profesorem patologii. — Charków. Prof. Dr. L. Barteniew w Tomsku mianowany profesorem nadzwyczajnym pedyatryi.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Brześciu litewskim młodszy lekarz 8. estońskiego pułku piechoty Kazimierz Moniuszko w 36. roku życia. Zmarły był wychowańcem Akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu i zajmował się szczegółowo neuropatologią i elektroterapią. — W Gaming w 64. roku życia Dr. Józef Podrazky, jeneralny lekarz sztabowy i szef oficerskiego korpusu lekarskiego armii austro-węgierskiej.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 8. Września 1894 r. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9, Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki profesora Neussera w Wiedniu.

Krew w przebiegu raka.

Skreślił

Dr. M. Olejnik,

hospitant tejże kliniki.

Że wobec nowotworów złośliwych pojawiają się w krwi białe ciałka, rzecz dawno znana. Niektórzy, jak Velpeau, Berard, Broca, Paget i inni uważali je za komórki rakowe. Andral był pierwszy, który zwrócił uwagę na patologiczną leukocytozę w złośliwych nowotworach. Lücke, Sappey opisują wiele przypadków nowotworów złośliwych, gdzie we krwi znaleziono ciałka białe, i uważają leukocytozę tę za oznakę przyrzutów. W przypadkach tych nieliczono jednak białych ciałek, których ilość średnio wynosi 10000 w milimetrze sześciennym. Wahania większe uważać trzeba za leukocytozę chorobową; uwzględnić jednak wypada leukocytozę w czasie trawienia.

Hayem i Alexander byli pierwsi, którzy rozpoczęli ilościowe oznaczanie ciałek białych i przyszli do przekonania, że w nowotworach złośliwych wzrasta liczba ciałek białych. Czy to zależy od rodzaju nowotworu, czy od jego usadowienia się, trudno było rozstrzygnąć; wątpliwości jednak nie ulega, że po usunięciu nowotworu zmniejsza się leukocytoza (Hayem) a z recydywą wzrasta liczba ciałek białych we krwi.

Nim wogóle przystąpię do określenia, jakie znaczenie ma pojawianie się ciałek białych we krwi w większej ilości i jakie wnioski ze względu na rokowanie i leczenie dadzą się wysnuć, przytoczę kilka przypadków patologicznej leukocytozy w złośliwych nowotworach, postrzeganych w klinice prof. Neussera.

1) Franciszka V., l. 50, od 23. Maja 1894 w klinice. Od 4 miesięcy ustała regularność. W r. 20. życia krwotok z żołądka *(ulcus ventriculi?);* chora wtedy nie kaszlała. W ostatnich czasach wstręt do kawy i mięsa. W Kwietniu pojawiły się wymioty 3—4 razy na dzień, woni zgniłych jaj. Od 20. Maja ustały wymioty.

Badanie wykazuje: Dodatkowe szmery skurczowe nad koniuszkiem serca, nieodpowiednio słabe, buczenie nad żyłami szyjnemi pomimo znacznej niedokrewności. W okolicy dołka podsercowego twardy guz, wielkości jaja kurzego. W treści żołądka brak kwasu solnego, kwas mlekowy wyraźny. W moczu indykan i skatoksyl w większej ilości. 27. Maja badanie krwi: Hmglob. według Fleischla 30%, ciałek czerwonych 2,500.000. Zabarwienie ciałka czerwonego (ilość hemoglobiny, wskaźnik barwy 0·6), ciałek białych przeważnie o jednem jądrze 20.000.

23. Czerwca. Brak ciałek krwi z jądrami. Znaczna leukocytoza, w niektórych preparatach 2—3 ciałek Ehrlichowskich, komórki eozynofilne. Ciepłota ciała pod wieczór 38° C. Ilość moczu znacznie się zmniejszyła, stałe powiększenie się ilości indykanu.

Rozpoznanie: *Carcinoma ventriculi.* Chora w dalszej obserwacyi.

2) Karol S., lat 41, od 11. Czerwca 1894. W młodości przebył gościec. Od jakiegoś czasu uskarża się na krótki oddech, bicie serca i przeszkodę w połykaniu.

Badanie wykazuje: Rozszerzenie prawego serca, szmer skurczowy nad koniuszkiem serca i nad aortą. Ton drugi nad tętnicą płucną silniejszy, tętno słabe, ale po obu stronach równe. Porażenie nerwu wstecznego (*n. recurrens*) po stronie lewej, zwężenie oskrzeli po tej samej stronie.

13. Czerwca we krwi wiele ciałek czerwonych z jądrami, poikilocytoza. Leukocytoza (po nad 16.000), prócz tego wiele komórek eozynofilnych.

17. Czerwca w moczu ślady krwi. Urobilina, indykan, wałeczki ziarniste z osobna.

19. Czerwca wśród objawów duszności śmierć nagłe. Sekcya (Prof. Weichselbaum): *Carcinoma exulcerans oesophagi. Insufficientia bicuspidalis subseq. hypertrophia cordis totius. Nephritis parrenchymatosa chronica* (*haemorrhagia recens*) W przypadku opisanym mamy leukocytozę patologiczną, ciałka czerwone z jądrami. Z białych pojawiają się komórki eozynofilne.

3) Joachim K., od 11. Czerwca. Badany uskarża się na tępe bóle w okolicy talerza kości biodrowej prawej. Od pewnego czasu żółtaczka. W okolicy woreczka żółciowego guz z nim w ścisłym związku zostający.

13. Czerwca. We krwi leukocytoza, która stale się utrzymuje; wiele ciałek czerwonych jądrzastych. W moczu stale indykan w znacznej ilości, również barwiki żółciowe. Rozpoznanie: *Carcinoma cystis felleae*.

4) Franciszek K., lat 38, od 2. Czerwca. Przed 6 tygodniami wymioty krwawe. W ostatnich czasach osłabienie, obok tego opuchlina kończyn dolnych. Od 4 tygodni powiększenie się brzucha, rozszerzenie żył, po bokach wypuk stłumiony, wyraźne chełbotanie. Po wypuszczeniu płynu wyczuć można guz w okolicy pępka. Badanie krwi: Fleischla 40% hemoglobiny. Poikilocytoza. Leukocytoza (15000). W moczu ilość chlorków zmniejszona, fosforanów ziem powiększona, Indykanu powiększona. Rozpoznanie; *Carcinoma peritonei*.

5) Marya M. W przypadku tym rozchodziło się o to, czy mamy sprawę nowotworową, czy tylko objawy utraty krwi po porodzie.

Badana przebyła zimnicę. Po ostatnim porodzie (*placenta praevia*) znaczne krwotoki. Podczas pobytu w klinice położniczej znaczna niedokrewność, obrzęk kończyn. Ciepłota 38·2. W następstwie 14 porodów przerost serca (Neusser). Badanie krwi wykazuje:

27. Kwietnia. Fleischl 20% Hmglob. Ciałek czerwonych 2,700.000, poikilocytoza, odosobnione ciałka czerwone z jądrami, tu i owdzie komórki eozynofilne, brak leukocytozy.

14. Maja. Opuchlina znikła, Fleischl 30% Hmglob. Ciałek czerwonych 3,400.000, nieznaczna poikilocytoza, odosobnione ciałka Ehrlichowskie, brak ciałek czerwonych z jądrami.

16. Maja. Po podaniu żelaza i arsenu chora uskarża się na bóle w kościach. We krwi znowu ciałka czerwone z jądrami, większa eozynofilia (objawy regeneracyi krwi). Powiększenie się ilości hemoglobiny, oznaki regeneracyi, brak leukocytozy i pojawianie się eozynofilii są dobrym objawem i przemawiają w tym przypadku za niedokrewnością po porodzie. Obecnie w Czerwcu u chorej ciałek krwi z jądrami nie dostrzeżono. Hemoglobina doszła 50% według Fleischla. Chora czuje się znacznie lepiej. W dalszej obserwacyi.

6) Abraham K., od 3. Maja 1894. W zimie pojawiły się zielone, kwaśne wymioty, które trwały 14 dni. Od 3 tygodni żółtaczka, rozwolnienie i wychudnienie. Wątroba powiększona, guzowata. W treści żołądkowej po śniadaniu próbnem HCl wykazać nie można. W moczu chlorki w prawidłowej ilości. Indykan w ilości powiększonej.

7. Maja Badanie krwi: Fleischl 35% Hmglb. Ciałek czerwonych 3,500.000, poikilocytoza, zabarwienie jednego ciałka 0.6 wskaźnika barwy. Leukocytoza (11.000) przeważnie o jednem jądrze, duże komórki eozynofilne, ciałka czerwone z jądrami. Chory gorączkuje, gorączka zwalniająca. Rozpoznanie: *Carcinoma hepatis pyreticum*.

7) Katarzyna S., 42 lat. Częste krwotoki z powodu polipów macicznych. W r. 1893. krwotoki znowu, obrzmienie około kostek. 4. Czerwca b. r. rozpoznano w klinice: *anaemia et ren mobilis*. Obecnie krwotoki znowu; biegunka Lekkie zranienie wywołuje znaczne krwawienie. Kiły nie przybywała. Roniła kilka razy. Pomimo znacznej bladości skóry buczenie nad żyłami. Szmer skurczowy nad koniuszkiem serca wyraźny. *Parametritis adhaesiva*, *atrophia uteri senilis*. Ciepłota 38° C.

22. Maja krwotok z nosa. Badanie krwi wykazuje: Hemoglobiny 20% Fleischla, czerw. ciałek 1,064.000. Znaczna poikilocytoza, nieco ciałek czerwonych z jądrami, między niemi megaloblasty (11—12) z podziałem jądra; ciałka białe przeważnie z kilku jądrami.

23. Maja znikają oznaki regeneracyi; ciałek czerwonych z jądrami nie widać.

24. Maja. We krwi znaczna poikilocytoza, mniejsza liczba megalocytów, normocytów i mikrocytów, tu i owdzie komórki eozynofilne, mało hematoblastów (oznaka gorszej regeneracyi), leukocytoza wielojądrzasta 86%, limfocytoza 12%, eozynofilia 2%.

Badanie dna oka wykazuje bladość tarczy. Śledziona nieznacznie powiększona.

27. Maja. Znowu objawy lepszej regeneracyi. W moczu nieco białka, w osadzie kilka wałeczków szklistych. W plwocinach brak prątków gruźliczych i komórek eozynofilnych. W kale pasożytów nie znaleziono. Rozpoznano: hipoplazyę systemu naczyniowego, może hemofilia, złą regeneracyę krwi prawdopodobnie w skutek złego (*torpid*) układu kostnego. Na podstawie braku leukocytozy patologicznej a natomiast pojawiania się, choć nielicznie, ciałek czerwonych z jądrami wykluczono sprawę nowotworową.

8) Marya J. od 28. Marca 1894 r. Z początkiem b. r. wystąpiły bóle w górnej połowie kości ramiennej i biodrowej po stronie prawej. Chora znacznie wychudła; od czasu do czasu pojawiają się wymioty krwawe i maziste stolce. Obecne badanie wykazuje kilka twardych, nieznacznie powiększonych gruczołów w pasze i pachwinie lewej. Po nad górną granicą śledziony znajduje się stłumienie o nieregularnych granicach, wielkości dłoni małego dziecka, które nie zmienia się za głębokim wdechem, przyczem śledziona niemacalna. Przy nakłuciu nie wydobyto cieczy. W obu sutkach stwardnienia w kształcie postronków, większe po stronie lewej, jednak badanie w klinice prof. Alberta stanowczo nie może wykazać, czy to sprawa nowotworowa. Badanie ginekologiczne wykazuje tyłopochylenie macicy; ztąd to bóle w kończynie dolnej prawej. W treści żołądka brak HCl, kwasy tłuszczowe i trypsyna w małej ilości.

6. Kwietnia. Nagle wymioty krwawe z wyrzuceniem strzępu tkanki płucnej. W miejscu stłumienia ponad śledzioną słychać rzężenia drobnobańkowe. Rozszerzenie obu połów serca, szmery skurczowe nad koniuszkiem serca, buczenie nad żyłami szyjnemi. Tętno i oddech przyspieszony. Na kilka dni przed zgonem drobne wybroczyny w skórze. Badanie krwi (Dr. Eptein) wykazuje:

7. Kwietnia. Ciałka czerwone krwi z jądrami, jedne z nich megaloblasty, inne normoblasty. W nich wyraźna fragmentacya jądra, obrazy podobne do listka koniczyny. Wyraźna polichromatofilia w ciałkach z jądrami, przy barwieniu eozyną i hematoksyliną barwią się również i jądra fiołkowo. Z białych ciałek przeważają duże z jednem jądrem. Stósunek białych do czerwonych jak 1:30:40. Surowica krwi również barwi się eozyną, znak wystąpienia hemoglobiny z ciałek czerwonych. Preparat mocno ogrzany.

11. Kwietnia śmierć. Sekcya (prof. Kolisko): *Scirrhus mammae, glandularum retroperitonealium, pleurae, tonsillarum, epicardii, durae matris, ossium (humeri et costarum)*. Za życia rozpoznano karcynomatozę na podstawie pojawienia się znacznej ilości leukocytów o jednem jądrze i stałego utrzymywania się ciałek czerwonych z jądrem.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał
Dr. Adam Langie,
I. asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Co się tyczy zapalenia naczyniówki, to zrobiłem spostrzeżenie, że tylko w świeżych przypadkach zmian w naczyniówce u krótkowidzów następowała po kilku injekcyach poprawa wzroku i to nie zbyt wielka, przedmiotowo jednak nic się nie zmieniało. W przypadkach zadawnionych wstrzykiwania sublimatu okazały się stanowczo bezskutecznemi. Dlatego też sądzę, że w tych przypadkach nie należy się wiele

spodziewać po wstrzykiwaniach sublimatu — nawet chociaż sprawa jest świeża — i raczej bez straty czasu przystąpić odrazu do innego leczenia, n. p. napotnego lub za pomocą wcierań szaruchy, którym w wielu przypadkach przed wszystkimi innymi środkami należy się pierwszeństwo.

W przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego samego lub razem z siatkówką aż nadto widocznem jest zbawienne działanie wstrzykiwań sublimatu, jak tego dowodzi jeden mój przypadek i jeden z prywatnej praktyki prof. Rydla.

W większości przypadków oderwania siatkówki wstrzykiwania okazały się zupełnie nieskutecznemi. W dwóch tylko nastąpiło niejakie polepszenie wzroku, lecz oderwanie pozostało niewyleczonem. Czy to polepszenie przypisać należy sublimatowi, to rzecz wątpliwa, uwzględniwszy, że znane są przypadki, w których już samo spokojne leżenie w łóżku korzystnie wpłynęło na oderwanie siatkówki a zatem uważane być musi za ważny czynnik leczniczy.

Ponieważ nie nadarzyła mi się sposobność, w czasie, kiedy się tą sprawą zajmowałem, wypróbować działanie sublimatu ani w zwyrodnieniu siatkówki barwikowem ani w zapaleniu współczulnem, nie mogę więc mieć w tej mierze zdania własnego, na doświadczeniu opartego, lecz sądząc ze spostrzeżeń innych autorów i na podstawie czysto teoretycznego rozumowania, uważałbym wstrzykiwania w zapaleniu współczulnem za wskazane w tym okresie, gdy wyłuszczenie gałki ocznej nie jest koniecznem a nadzieja uniknięcia jego nie jest jeszcze wykluczoną. Już ze względu na konieczność energicznego wystąpienia z całym zasobem środków leczniczych wstrzykiwania sublimatu byłyby tutaj na miejscu, gdyż co najmniej mogą one poprzeć skutecznie działanie innych środków. W zaniku nerwu wzrokowego, nie spodziewając się już z góry żadnego rezultatu, nie stósowałem wcale wstrzykiwań, również jak w chorobach spojówki (prócz wspomnianych 3 przypadków jaglicy), przeciw którym posiadamy dostateczną ilość innych, należycie wypróbowanych i skutecznych środków.

Na podstawie powyższych, tak własnych, jak obcych spostrzeżeń zestawiłbym następujące wskazania do wstrzykiwań sublimatu podspojówkowych:

1. Choroby rogówki.

a) Wrzody i ropnie. Tutaj, o ile zmiany na rogówce nie są zbyt rozległe i dopóki *hypopyon* nie jest tak duże, że wymaga wypuszczenia ropy z komórki, poprzestać można na samych wstrzykiwaniach, w razie zaś znacznie rozwiniętej sprawy chorobowej, tylko o tyle, o ile po pierwszych wstrzyknięciach widać pomyślny wpływ tego leczenia. Jeżeli atoli mimo wstrzykiwań szerzy się naciek lub rośnie *hypopyon*, należy uciec się do innego leczenia, nie odrzucając jednak całkowicie wstrzykiwań, które mogą odegrać z powodzeniem rolę pomocniczą. Przeciwwskazane a raczej tylko zbyteczne są wstrzykiwania w przypadkach lżejszych cierpień rogówki, mających swoją przyczynę w chorobach spojówki, których leczenie wpływa, jak doświadczenie uczy, korzystnie na zmiany w rogówce, które też w miarę polepszania się choroby spojówki ustępują często bez osobnego leczenia, ale w przypadkach groźnych zapaleń ropnych rogówki, zawisłych od zapaleń spojówki, oddać nam mogą wstrzykiwania sublimatu nieocenione usługi, powstrzymując doraźnie dalsze postępy cierpienia rogówkowego i ocalając oko tam, gdzie ono mimo najenergiczniejszego leczenia skierowanego przeciw pierwotnemu cierpieniu spojówki, zagrożonem było w najwyższym stopniu. Tak miała się rzecz w przypadku *trachoma o. s.* leczonym w praktyce prywatnej prof. Rydla, podanym pod l. 13., tudzież w drugim przypadku jaglicy z bardzo głębokim wrzodem rogówki, leczonym w oddziale okulistycznym a niniejszą pracą jeszcze nie objętym.

b) W przypadkach znaczniejszych ran zakażonych wskazane są obok wstrzykiwań jeszcze i inne dotychczas w takich razach używane środki.

c) Jako środek zapobiegawczy przed operacyą na gałce ocznej (ekstrakcya zaćmy lub irydektomia) w przypadkach, w których grozi zakażenie ranki.

d) Lżejsze przypadki zapalenia rogówki miąższowego rozlanego, w cięższych w połączeniu z leczeniem ogólnem.

2. Wszystkie przypadki zapalenia tęczówki, obok bezwzględnie wskazanej atropiny. W lżejszych przypadkach wstrzykiwania same, w cięższych a zwłaszcza na tle skazy ogólnej powstałych, obok leczenia ogólnego.

3. Zapalenie siatkówki, nerwu wzrokowego lub obojga razem (*neuroretinitis*), o ile cierpienia te nie są zastarzałe. Ale i w tych sądzę, że lepsze osiągniemy wyniki, łącząc leczenie ogólne z wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę. Rozumie się samo przez się, że w tych przypadkach leczenie przyczynowe odgrywa główną rolę, n. p. w *retinitis albuminurica*, w której sublimat uważałbym za wprost przeciwwskazany.

4. Zaćmienia w ciałku szklanem.

5. Zapalenie sympatyczne obok innego leczenia.

6. Pod względem zapalenia twardówki, co do którego nie mam własnego doświadczenia, odwołać się muszę do pracy Rumszewicza.

Nie będą zaś wskazane wstrzykiwania w oderwaniu siatkówki i w jej zwyrodnieniu barwikowem, w zaniku nerwu wzrokowego, z wyjątkiem początkowego okresu zaniku pozapalnego, tudzież w chorobach spojówki.

W chorobach naczyniówki, jakkolwiek niektórzy chwalą działanie wstrzykiwań, uważałbym je może nie za wprost przeciwwskazane, ale sądzę, że jeżeli mają być stósowane, to tylko równocześnie z innem leczeniem, zwłaszcza jeżeli chodzi o zmiany powstałe na tle myopii.

Co do dawki, to lepiej używać słabszych rozczynów, n. p. 1 : 2000, z których można wstrzykiwać naraz od 1—3 i więcej, nawet do 5 przedziałek zwykłej, gramowej strzykawki Pravaza. Jakkolwiek to nie jest niezbędnem, lepiej znieczulić oko poprzednio kokainą, gdyż chociaż samo wkłucie igiełki nie sprawia większego bólu, to jednak wstrzykiwanie płynu pod spojówkę jest nieprzyjemnem a w przypadkach, gdy ona już z powodu samej sprawy chorobowej jest przekrwioną i obrzmiałą, może być nawet bardzo bolesnem. Jak przy każdym rękoczynie na oku, należy i tutaj przestrzegać skrupulatnie czystości i aseptyki; dlatego najlepiej używać do wstrzykiwań igiełki platynowej, którą w ogniu należycie można wyżarzyć. Wstrzykiwać najlepiej w oddaleniu kilku milimetrów od brzegu rogówkowego, unikając jednak wstrzyknięcia do załamka, gdyż to wywołuje bardzo gwałtowną reakcyę. Po wstrzyknięciu dobrze jest założyć opaskę przynajmniej na kilka godzin, gdyż to przyspiesza wessanie i korzystnie wpływa na powstający w miejscu wstrzyknięcia obrzęk surowiczy. W przypadkach ostrych

mogą być wskazane wstrzykiwania codzienne, w przewlekłych lepiej przeczekać, aż przeminie reakcya poprzedniem wstrzyknięciem wywołana. Czy równoczesne podawanie jodu wewnętrznie może stanowić przeszkodę do wstrzykiwań, jak to podaje jeden z autorów na podstawie jednego przypadku, w którym powstała bardzo gwałtowna reakcya, nie mogę rozstrzygnąć, gdyż nie stosując, jak wspomniałem, żadnych innych środków równocześnie z wstrzykiwaniami, nie mogłem się o tem przekonać.

Reasumując w końcu wszystko, co dotychczas o wstrzykiwaniach sublimatu powiedzieć można, przyznać im muszę razem z większością autorów bardzo poczesne miejsce w rzędzie środków leczniczych, jakiemi rozporządza dzisiejsza okulistyka. Polecić je mogę każdemu z tem zapewnieniem, że zastosowane w sposób odpowiedni i w odpowiednich przypadkach oczekiwania nie zawiodą a mam to przekonanie, że ich ani pesymiści z zajętej już pozycyi wyrugować, ani optymiści zdyskredytować całkowicie nie zdołają.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Trzy rzadkie przypadki obrażenia części rodnych kobiecych.

Podał
Dr. Franciszek Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Ze względu na małą liczbę opisanych przypadków tego rodzaju obrażeń u osób ciężarnych ośmielam się przytoczyć historyę choroby przypadku, który miałem sposobność spostrzegać w oddziale ginekologicznym.

Przypadek ten tyczy się kobiety M. C., lat 27. liczącej, w miesiącu Wrześniu 1892. r. do szpitala przyjętej, która opowiada, że przed kilku godzinami, stojąc nad rzeką na desce, poślizgnęła się i upadła w ten sposób, że międzykroczem uderzyła się mocno o ostrą krawędź deski, na której stała. W tejże chwili dostała znacznego krwotoku, który z trudnością utamował lekarz. Wywiady wykazały dalej, że miesiączka występowała u niej regularnie, rodziła dwa razy sama na czasie i że obecnie jest w 8-mym miesiącu księżycowym ciąży.

Chora skarży się na powtarzające się w pewnych odstępach czasu bóle w krzyżach i na prężenie dołem w brzuchu, dodając, iż od czasu upadku moczu nie może oddać; dalej skarży się na mocny ból i zawroty głowy, ćmienie przed oczyma i znaczne osłabienie.

Badanie wykazało: budowę dobrą, odżywienie dobre, temperaturę niepodwyższoną 37·2° C., tętno nieco przyśpieszone 96, niedokrewność bardzo znaczną, błony śluzowe dla oka dostępne blade.

Brzuch wypukłony więcej wzdłuż niż wszerz; na skórze brzucha liczne stare blizny poporodowe, jako też świeże rozstępy powierzchownych warstw skóry. Przez powłoki brzuszne wyczuć można macicę powiększoną, sięgającą dnem do wysokości połowy odstępu między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, przy głębszem zaś obmacaniu czuć wyraźnie różne części płodu z osobna. Tętno płodu dobrze słyszalne po stronie lewej. Pęcherz moczowy znacznie wypełniony moczem, wyczuć się daje więcej na prawo i sięga na 3 palce powyżej spojenia łonowego. Wargi sromne większe i mniejsze, zwłaszcza po stronie prawej, jako też wejście do pochwy bardzo znacznie obrzękłe, sinawo zabarwione. W okolicy cewki moczowej, na przedniej powierzchni opuszki cewk moczowej, jako też po lewej stronie przedsionka i na lewej ścianie pochwy, znajdują się liczne, mocno pościągane szwy jedwabne, głęboko założone, prawdopodobnie w celu tamowania krwotoku. W miejscu ujścia cewki moczowej widać wystający kawałeczek zwiniętej błony śluzowej, który okazał się wynicowanym kawałkiem przedniej części cewki moczowej długości mniej więcej około centymetra. Z głębi pochwy i z całej okolicy szwów sączy się dość obficie krew. Po odprowadzeniu cewnikiem wynicowanego kawałka cewki moczowej, wprowadzono w celu wypuszczenia moczu cewnik głębiej w kierunku prawidłowym ku pęcherzowi, jednak, jak to łatwo można było przekonać się palcem do pochwy wprowadzonym, cewnik wchodził tą drogą nie do dalszej części cewki moczowej, lecz do dość obszernej jamy a następnie wchodził do pochwy. Gdy mimo usilnego starania się o wyszukanie dalszego ciągu cewki moczowej to nie udało się, gdy nadto przez wprowadzony cewnik na około szwów a zwłaszcza z głębi pochwy krew strumieniem wypływać poczęła, postanowiono w celu odszukania dalszego ciągu cewki moczowej, jak niemniej w celu dokładnego utamowania krwotoku wyjąć owe szwy głębokie i dokładnie rozpatrzyć zmienione stosunki. Z przyczyny wielkiego rozdrażnienia chorej i wielkiej bolesności obrzękłych części rodnych zewnętrznych, zachloroformowano chorą tamując tymczasowo krwotok przez mocny ucisk. Po przecięciu szwów pokazało się, że mamy do czynienia z raną płatową a mianowicie wierzchołek płatu znajduje się w lewym kącie przedniej ściany pochwy, tuż przy wejściu do pochwy, rana zaś drąży przez połowę lewą przedniej ściany pochwy ukośnie, przedarłszy kawałek przedniej części cewki moczowej, jako też i ciało jamiste łechtaczki (*corpus cavernosum clitoridis*), podstawa zaś płatu znajduje się powyżej opuszki cewki moczowej tuż nad samą cewką. I teraz jeszcze wyszukanie dalszego ciągu cewki moczowej dla gwałtownego krwotoku i zmiażdżenia otaczających tkanek nie było łatwem; wreszcie wprowadzono cewnik metalowy do pęcherza i wypuszczono mocz, postanawiając zostawić cewnik komornem. Wobec tego, że powierzchnie ranne wyglądały niezupełnie czysto a nawet w dolnej swej części już były pokryte jakby szarawym nalotem, wreszcie ze względu, że dokładne założenie szwów wymagałoby sporo czasu, coby wywołało jeszcze dość znaczną utratę krwi a chora już przedtem niedokrewna przy całym tym zabiegu utraciła sporo krwi, postanowiono zatamować krwotok przez ucisk. W tym celu ustaliwszy cewnik metalowy wytamponowano mocno przednią część pochwy gazą jodoformową tak, aby oderwany płat z przedniej ściany pochwy ustalić we właściwem miejscu, poczem założono jeszcze opatrunek uciskowy opaskami od zewnątrz.

Po przebudzeniu się z uśpienia skarżyła się chora na parcie na mocz, ból w okolicy części rodnych zewnętrznych, na nieznośny ból i ciągłe zawroty głowy, ćmienie przed oczyma i znaczne osłabienie. Po kilku godzinach przy ciągłem stosowaniu środków skrzepiających, jako też po wypiciu większej ilości płynów, chora przyszła do siebie i stan podmiotowy poprawił się znacznie. Z przyczyny znaczniejszych bólów w krzyżach, obawiając się porodu przedwczesnego, polecono wewnętrznie rano i wieczór po 25 kropel nastoju makowca. Po dwóch dniach bóle w krzyżach ustąpiły zupełnie a nastój makowca usunięto. Po czterech dniach zmieniono opatrzenie po raz pierwszy; wyjęto gazę z pochwy, usunięto cewnik a przekonawszy się, że chora sama jest w stanie mocz oddawać, nie wprowadzono go więcej. Krwotoku nie było, oczyszczono zatem ranę i założono do pochwy na nowo gazę jodoformową w ten sposób, by oddarty płat ustalić we właściwem miejscu. Odtąd zmieniano opatrzenie co drugi, później co trzeci dzień. Płat oddarty w górnej swej części przyrósł w miejscu odpowiedniem oddarciu, tylko po stronie lewej w dole powstał strzęp nekrotyczny wielkości fasoli, który powoli sam się oddzielił.

Dnia 13. Października chora zupełnie uleczona opuściła oddział.

Przypadek powyższy jest interesującym nie tylko z przyczyny powikłania obrażenia części płciowych z ciążą, lecz więcej jeszcze dla niezwykłego, bo mocno ukośnego przebiegu rany, skutkiem czego kawałek przedniej części cewki moczowej długości około centymetra został odciętym a wreszcie dlatego, ponieważ bądź co bądź dość znaczne obrażenie części rodnych, przy odpowiedniem postępowaniu pozostało bez wpływu na dalszy przebieg ciąży.

U osób ciężarnych nie potrzeba wcale zadziałania urazu bezpośrednio na części rodne, aby wywołać krwotok, lecz nawet upadnięcie na powierzchnię płaską może sprowadzić groźne następstwa, jak tego dowodzi przypadek opisany przez Drzymalika *(Wiener klin. Wochenschrift.* Nr. 18. 1889).

Przypadek ten tyczył się kobiety w 8-mym miesiącu ciąży, która po przebyciu dłuższej drogi piechotą naczczo wstąpiła do gospody na posiłek. Zaraz po spożyciu tego śniadania kobieta ta, skarżąc się na nudności wychodzi przed gospodę, usiłuje oprzeć się o ścianę domu, jednak bezskutecznie i obok ściany ześlizguje się na ziemię. Według opowiadania świadków kobieta ta w jednej chwili zbladła i pomimo udzielenia jej pomocy umarła wśród mocnego krwotoku z części rodnych.

Sekcya wykazała, że krwotok nie pochodził z macicy, gdyż tylna, względnie górna część pochwy nie była wcale krwią zawalana, lecz że pochodził on ze szczeliny głębokiej, która powstała pod spojeniem łonowem pomiędzy cewką moczową a łechtaczką, szczeliny drążącej przez błonę śluzową w głąb tkanek na jakie 2 cm. Dokładne badanie ściany, na której oprzeć się chciała ta kobieta i badanie podłogi, na którą upadła, wykluczyły stanowczo możność skaleczenia się przez jakikolwiek ostry lub przynajmniej wystający przedmiot.

Przy upadku na równą powierzchnię pośladkami uderzenie bezpośrednio okolicą pod spojeniem łonowem jest rzeczą prawie niepodobną, gdyż najniżej położonym punktem miednicy a więc tułowia musiałby być dolny brzeg spojenia łonowego.

Przyczyna zranienia a właściwie pęknięcia w tym przypadku jest najprawdopodobniej ta, że kobieta z przyczyny znaczniejszego osłabienia lub nawet omdlenia straciła równowagę i z wyprostowanemi nogami ześliznęła się wzdłuż ściany, uderzając mocno pośladkami o podłogę. Ponieważ zaś u kobiet ciężarnych okolica spojenia łonowego jest bardzo rozluźniona, niejako obrzękła i mocno przekrwiona, dlatego dają się obie kości łonowe nieco przesunąć obok siebie. Jeżeli zatem przypuścimy, że kobieta, o której powyżej mowa, upadła nieco bokiem, że więc pośladek jeden uderzył ze znaczną siłą prędzej o ziemię, aniżeli pośladek drugi, to możemy przyjąć, że drugi pośladek a więc druga połowa miednicy kostnej nagle w ruchu zatrzymana, mogła się przesunąć jeszcze nieco ku dołowi obok już ustalonej pierwszej połowy miednicy, sprowadzając znaczne rozciągnięcie a wreszcie odpowiednie pęknięcie w częściach miękkich tuż pod spojeniem łonowem położonych z następowym krwotokiem.

Chcąc przekonać się, czy rzeczywiście przy upadnięciu pośladkami na równą powierzchnię nie może równocześnie dolny brzeg spojenia łonowego uderzyć o podstawę, układałem osoby ciężarne na równej powierzchni w różnych pozycyach i przekonałem się, że dolny brzeg spojenia łonowego zbliża się do powierzchni płaskiej, na której leży osoba ciężarna, najwięcej wtedy, gdy osoba ta rozstawi szeroko od siebie obie kończyny dolne wyprostowane, pochylając równocześnie tułów jaknajwięcej ku przodowi; lecz i wtedy jeszcze odległość pomiędzy podstawą a dolnym brzegiem spojenia łonowego wynosi około 2 do 3 cm. tak, że bezpośrednie uderzenie dolnego brzegu spojenia łonowego przy upadnięciu na podstawę płaską, równą, można wykluczyć stanowczo.

Przypadek ten opisany przez Drzymalika ze względu na sposób powstania obrażenia i następstwa jest nadzwyczaj rzadki i dlatego uważałem za stósowne wspomnieć o nim nieco obszerniej.

Obrażenia tylnej ściany pochwy bez równoczesnego zranienia międzykrocza lub części sromnych zewnętrznych przy upadnięciu na przedmiot wystający, wydarzają się bardzo rzadko i powstać mogą tylko wobec równoczesnego wypadnięcia tylnej ściany pochwy. Aby mogło nastąpić zranienie części miękkiej, podatnej, łatwo usunąć się mogącej a taką jest wypadła ściana pochwy, musi być ona przyciśniętą pomiędzy dwie powierzchnie twarde, niepodatne.

Aby więc tylna ściana pochwy mogła się zranić, musi tę wypadłą ścianę przedmiot wystający, na który następuje upadek, przycisnąć do dolnego brzegu spojenia łonowego lub do jednej z gałęzi zstępujących kości łonowych, albo też wstępujących kości siedzeniowych a zdarzyć się to może tylko przy wypadnięciu znacznego stopnia tylnej ściany pochwy.

Przypadek jednak, który spostrzegałem w Lipcu 1894., pokazuje, że wypadnięcie to niekoniecznie musi być znaczne, owszem pozornie może być nawet bardzo nieznaczne a przecież przez upadnięcie na przedmiot wystający może nastąpić takie zranienie.

M. P., lat 50, rodziła 9 razy, od dwu lat regularność ustała, cięższych chorób w ostatnich latach nie przebywała. Na kilka godzin przed przyjęciem do szpitala miał ją podczas sprzeczki mąż pchnąć mocno, przyczem upadła pośladkami na znajdujący się na podłodze garnek żelazny, poczem otrzymać miała uderzenie nogą w brzuch. W tej chwili dostała krwotoku z części rodnych i dlatego przyjęto ją do oddziału ginekologicznego.

Badanie wykazało: okolica sromu krwią zaschłą i świeżą zawalana, z pochwy sączy się parę kropel krwi. Wejście do pochwy szerokie, w miejscu spoidła dolnego blizna, tylna ściana pochwy wypadła, jednak nie wystaje przed wargi sromne większe w położeniu chorej na grzbiet, wypadnięcie więc pochwy nieznaczne. Na lewej wardze sromnej większej podłużny siniec wielkości małego bobu; warga w całości obrzękła. Na międzykroczu podbiegnięcie krwią wielkości fasoli, po stronie lewej otworu stolcowego i od tyłu dwa małe podłużne sińce. Na tylnej ścianie pochwy, prawie w linii środkowej znajduje się rana o brzegach równych, która drąży przez całą grubość samej ściany pochwy i ciągnąc się od wejścia do pochwy na $4^1/_2$ do 5 cm. wgłąb, zachodzi następnie łukowato na lewą ścianę pochwy. Z rany sączy się zaledwie parę kropel krwi. Aby dalszy ciąg rany odsłonić i dokładnie zobaczyć, musiano użyć wziernika listkowego na przednią ścianę pochwy albo też odsłonić pochwę palcami. Nawet gdy chora na rozkaz parła silnie, przez co tylna ściana pochwy więcej wypuklała się na zewnątrz, nie można było zobaczyć końca rany. Innych śladów obrażenia u chorej tej nie znaleziono. Odbytnica znacznie zbitym kałem wypełniona.

Wobec tego polecono przepłukiwania pochwy płynem przeciwgnilnym po dwa razy dziennie, rana szybko wypełniła się tak, że po kilkunastu dniach osoba ta zupełnie zdrowa opuściła zakład.

W przypadku tym zgodnie z opowiadaniem chorej zranienie powstało niewątpliwie przez upadnięcie na krawędź

ostrą garnka żelaznego, co w zupełności potwierdza półkolisty ku stronie lewej przebieg samej rany. Jeżeli co, to uderzyć musi każdego zbyt wysoko wgłąb pochwy sięgający przebieg rany, wobec tak małego stopnia wypadnięcia pochwy. Przyczyną tego wydają mi się okoliczności, w których powstało to zranienie. I tak osoba z małem wypadnięciem pochwy, u której odbytnica była mocno kałem wypełniona, w pozycyi stojącej mocując się z mężem i krzycząc równocześnie a więc w chwili, gdy parcie w jamie brzusznej było jaknajwiększe, skutkiem czego pochwa jak najwięcej wystawała na zewnątrz, upada na przedmiot wystający. Po ustaniu tych wszystkich przyczyn, które już istniejące wypadnięcie pochwy powiększyć są w stanie, ściana pochwy cofnęła się tak, że dla oka po rozwarciu warg sromnych, w położeniu chorej na grzbiet, była dostępną tylko część wypadłej w chwili zranienia ściany pochwy wraz z częścią rany.

Dlatego w ocenianiu takich zranień pochwy, wobec istniejącego już wypadnięcia, należy zawsze zwrócić uwagę nie tylko na stopień wypadnięcia pochwy w danej chwili podczas badania, lecz również na możność bardzo nieraz znacznego powiększenia się tegoż wypadnięcia podczas obrażenia w odpowiednich okolicznościach.

IV. Oceny i sprawozdania.

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

Tkankę wyściełającą wnętrze macicy uważamy za błonę śluzową, połączoną jedynie ściśle ze znajdującą się pod nią tkanką mięśniową tak, że przeciwnie jak w innych błonach śluzowych brak jej właściwej błony podśluzowej (*submucosa*). Johnstone [1]), uczeń Lawson-Taita wystąpił ze zdaniem, że *endometrium* trzeba uważać za tkankę gruczołowatą, dokładniej biorąc za tkankę limfatyczną. Wobec tego miesiączkowanie przedstawia dla *endometrium* to, co przepływanie limfy dla gruczołów limfatycznych, krwi dla śledziony, to jest części zużyte są w ten sposób odprowadzane. Cała czynność miesiączkowania byłaby zawisłą od nerwu współczulnego, który zdaniem Johnstona przebiega przez więzadło szerokie i zwraca się ku jajowodowi w miejscu odejścia jego od trzonu macicy. Jako dowód na to swoje twierdzenie przytacza, że po wytrzebieniu jedynie jajników miesiączkowanie, względnie krwotoki utrzymywały się a ustawały, jeżeli wycięto jajowód a z nim i nerw przerzeczony. Podobną naukę głosi i Lawson Tait [2]). Również odmienne zapatrywania od ogólnie przyjętych ma Robert Corry [3]), który zwraca uwagę, że błony wyściełającej wnętrze macicy nie należy uważać za błonę śluzową, tylko za osobny narząd, na którym ma się rozwinąć nowe jestectwo. Dochodzi on do tego wniosku porównywając rozwój jaja kurzego i ludzkiego. Wobec tego zapatrywania się miesiączkowanie jest poronieniem jajka niezapłodnionego. Nie dziwi się dalej, że błona śluzowa macicy tak często podlega chorobom jako narząd bardzo zawiły, według ogólnej zasady, że to, co jest więcej zawiłem, tem łatwiej podlega zepsuciu; nie zapomina jednak ten sam autor dodać jeszcze dwie ważne przyczyny chorób błony śluzowej macicy a te są, zdaniem jego, poród i wiewiór (*gonorrhoea*).

Tyle byłoby do zapisania o zapatrywaniach odmiennych na stanowisko *endometrium* w przyrodzie. Przeważna część autorów uważa je za błonę śluzową. Odsunąwszy na bok zmiany nowotworowe, najczęstszemi są w niej zmiany zapalne, ogólnie znane pod nazwą *endometritis*. Tu jednak wypada zastanowić się dobrze, czy zapalenie błony śluzowej macicy może jeżeli już nie wystąpić, to przynajmniej przebiegać jako samoistna choroba? Słusznie bowiem mówi de Sinety [1]), że przypuścić nie można, aby błona śluzowa tak delikatna, jaką właśnie jest błona śluzowa macicy, mogła okazywać zmiany zapalne i aby równocześnie tkanki, o które się opiera, miały pozostać zupełnie bez zmiany, tembardziej, że naczynia limfatyczne otaczające gruczoły błony śluzowej łączą się tak bardzo z układem limfatycznym miąższu macicy. Również rzecz pewna, że jeżeli sam miąższ macicy długo cierpiał na zapalenie głęboko sięgające, do rzadkości należy, jeżeli się nie znajdzie śladów zapalenia *perimetrium* w postaci zrostów w jamie Douglasa, śladów zapalenia jajników i ich sąsiedztwa. Ściśle się jednak trzymając przedmiotu, rozchodzić się będzie o zapalenie samejże błony śluzowej i tu jest ważnym opis zmian anatomicznych. Słusznie rozróżniamy stan zapalny ostry i przewlekły. Badanie *endometrium* w ostrem zapaleniu jest utrudnione o tyle, że stany chorobowe tego rodzaju nie prowadzą do zejścia śmiertelnego Najwięcej jeszcze materyału dostarczyła *dysmenorrhoea membranacea*. Pod mikroskopem można dostrzedz, że gruczoły błony śluzowej nie są zmienione, tylko tkanka łączna jest zapalona, przepełniona komórkami, gęsto obok siebie znajdującemi się. W zapaleniu przewlekłem widzimy objawy następujące: Nieznaczna czerwoność, prawie różowawa białość o gładkiej powierzchni, jaką znajdujemy w stanie prawidłowym, znikła, natomiast widzimy błonę śluzową pomarszczoną, rozmiękłą, koloru czerwonego, czasem z bardzo nawet ciemnym odcieniem, czasem zdarzy się nawet widzieć stare skrzepy krwi w miejscu rozmiękłej błony śluzowej, która nożem bardzo łatwo można zeskrobać. Cały miąższ macicy jest mocno przekrwiony tak, że przeciąwszy ją od wewnątrz ku zewnątrz ostrym nożem, trudno jest rozróżnić granicę między głębokiemi warstwami błony śluzowej a ścianą mięśniową macicy. Pod działaniem wyskoku okazują części stwardniałe, o ile grubszą jest błona śluzowa w *endometritis*, niż w stanie prawidłowym; widać to okiem nieuzbrojonem, mianowicie na preparatach zabarwionych pikrokarminem. Według Cornila [2]) może w *endometritis* błona śluzowa dochodzić do grubości centymetra, gdy w stanie prawidłowym ma ledwo milimetr grubości. W tem przewlekłem zapaleniu rozróżnia Ruge [3]) dwie formy: formę przerostu (*hypertrophia*) i formę rozrostu (*hyperphlasia*); w pierwszej bujanie przybłonka bez powiększenia samych gruczołów śluzowych, w drugiej można widzieć powiększenie się liczby gruczołów. Jeżeli przychodzi do takiego bujania błony śluzowej i tkanki łącznej, że części przerosłe zwieszają się w formie polipów, mówimy o *endometritis polyposa*. Z drugiej strony nie gruczoły, lecz tkanka łączna może tak bujać, że gruczoły ulegają uciskowi i częścią zanikają, częścią tworzą torbiele retencyjne. W przypadkach bardzo wybitnych miąższ macicy, t. j. warstwa mięsna jest pokryta cienką warstwą tkanki łącznej zbliznowaciałej i przybłonkiem; gruczołów całkiem nie widać, gdzie niegdzie ledwie ślady. Mielibyśmy zatem dwa rodzaje, jako typy *endometritis glandularis* i *interstitialis;* najczęściej łączą się obie formy.

Błona śluzowa, wyściełająca szyję macicy i błona wyściełająca wnętrze samo różnią się pod wieloma względami tak, że ze stanowiska klinicznego podzielono już dawno *endometritis* na *e. colli* i *e. corporis.*

[1]) Johnstone: Centrbl. für Gyn. 1892. s. 84.

[2]) Lawson-Tait: Traité clinique des maladies des femmes traduit par Dr. Betrix. Pars 1891. s. 381.

[3]) Robert Corry: The Lancet. Novembre 1891. s. 1036.

[1]) De Sinety: Traité de gynécologie. 1884. s. 372.

[2]) Cornil: Lecons sur les metrites. Journal de connaiss. méd. 5. Avril 1888. s. 107.

[3]) Ruge: Zur Aetiologie und Anatomie der E. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1881. Tom V. s. 317.

O. Küstner [1]) zwraca uwagę, że nie ma prawidłowej wydzieliny pochwy z braku gruczołów. Brudno-białawy nalot składa się z przybłonka oddzielonego, który w dolnych częściach pochwy miesza się z wydzielinami gruczołów Bartoliniego i gruczołów łojowych sromu. Według tegoż autora, który rurkami szklannemi wydobywał osobno wydzielinę błony śluzowej szyi i wydzielinę wnętrza macicy, przedstawia się pierwsza w stanie zdrowia jako ciecz szklista, przeźroczysta, ciągnąca się, o odczynie alkalicznym. Wydzielina ta mocno trzyma się błony śluzowej a zaschnąwszy na bieliźnie, zesztywnia ją. Wydzielina z wnętrza macicy jest o wiele rzedszą, ma barwę blado żółtawą i jest ciekłą jak limfa. Chorobowo zmieniona przedstawia się wydzielina pochwy jako ciecz rzadka, przypominająca mleko, krochmaląca lekko bieliznę, ciecz mogąca w pewnych okolicznościach nabrać podobieństwa do płynu z krost ospowych. Odczyn kwaśny, kolor żółtawo-zielonawy. Odchody z macicy i szyi w stanie chorobowym przedstawiają przedewszystkiem domieszkę ropy. Do szklistego śluzu z szyi domięszane są paseczki lub punkciki ropne, które w miarę rozwoju choroby mogą przeważać tak dalece, że znamiona wydzieliny prawidłowej znikają zupełnie i ma się do czynienia z wydzieliną ropną barwy od biało-żółtawej przez żółto-zieloną do szarej i nieraz ciemnobrązowej, przypominającą swoje pochodzenie nadzwyczajną ciągliwością. W przypadkach bardzo zaniedbanych lub ostro przebiegających może pokazywać się ropa czysta, *pus bonum*, lub z przymieszką krwi, nie objawiając nawet ciągliwości. Według Küstnera nieżytowe zapalenie szyi i wnętrza macicy łączą się najczęściej razem; w drugim rzędzie idzie osobno zapalenie błony szyi. Najrzedziej można widzieć zapalenie błony tylko we wnętrzu macicy. Ponieważ byłoby ważnem rozpoznanie, czy wydzielina pochodzi tylko z szyi, czy i z trzonu macicy, przeto polecił Schultze [2]) swoją próbną tamponadę watą maczaną w 25% roztworze tanniny z gliceryną. Ropa pochodząca z szyi macicznej ma okazywać się dokładnie wymięszaną z śluzem, pochodzącym również z szyi, ropa zaś pochodząca z wnętrza macicy nie okazuje tego ścisłego wymięszania. Przyznaje jednak sam, że w nadżerkach (*erosio*) i wywinięciu (*ectropium*) części pochwowej, tyle bywa ropy rzadkiej, zupełnie podobnej do ropy pochodzącej z wnętrza macicy, że rozpoznanie staje się trudnem. Nie biorąc jednak pod uwagę nadżerek i wywinięcia jako charakterystycznych dla nieżytu szyi, a mając bez tych oznak ropę na podobnym tamponie, możemy przypuścić nieżyt wnętrza macicy i wtenczas widzimy, że nieżyt ten jest wcale pospolitą chorobą.

Podział *endometritis* według Rugego na formę gruczołowatą i śródmiąższową, biorąc rzecz anatomicznie, wystarcza dla wszystkich w praktyce spostrzeganych przypadki nieżytu. Tak zwana *endometritis post abortum* jest wedle Schrödera [3]) głównie forma śródmiąższowa: około resztek błony doczesnej zagiętej (*decidua reflexa*) albo doczesnej późniejszej (*serotina*) powstaje zapalenie miąższu, w skutek zaś zatrzymania resztek łożyska przychodzi do krwawień; sądzi jednak Schröder, że nie warto z tego tworzyć osobnej formy. Dodatek *post abortum* odnosi się do przyczyny choroby. Związek genetyczny między *endometritis* a porodem lub poronieniem jest zdaniem Küstnera [1]) pewny. Twory uklejowe mają najczęściej swoją siedzibę w okolicy ujścia trąbek, gdyż przy poronieniu najtrudniej ztamtąd oddzielają się błony. Te bujania uklejowe mają w sobie komórki błony doczesnej, szczególnie, jeżeli poronienie nastąpiło przed 4-tym miesiącem, to jest w czasie, kiedy sprawy wsteczne jeszcze się nie rozpoczęły, i gdzie części błony znikomej, *compacta* i *ampullaris*, jeszcze nie tracą swojej żywotności. Jeżeli nastąpi poronienie, to *vera* mocno do ściany przylegająca wywołuje miejscową reakcyę i tworzy wystające części błony śluzowej, nawet ukleje.

[1]) O. Küstner: Beiträge zur Lehre von der E. 1883.
[2]) B. S. Schultze: Centralbl. für Gyn. 1880. s. 395.
[3]) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 1886. s. 119.

Kubassów [1]) pod nazwą *e. dissecans* opisuje trzy przypadki zapalenia błony śluzowej macicy, w których wykazało badanie drobnowidowe, że nie tylko cała błona, ale i warstwa tkanki mięśniowej były wyłuszczone. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono odkrytą tkankę mięsną wnętrza macicy i resztki zapalenia tkanki łącznej (*Reste eines phlegmonösen Processes*). Pod względem nazw rozmaitych odmian *endometritis* nie ma zgody. I tak Treub [2]) z Leydy twierdzi, że powinno się mówić *endometritis glandularis interstitialis hypertrophica*, nie zaś *endometritis* tylko *hypertrophica*. Najczęściej bowiem spotyka się tę formę wobec guzów nowotworowych i tyłozgięcia macicy a więc w przypadkach, gdzie się rozchodzi o zboczenia w obiegu krwi, przyczem wyraża zdanie, że przerost błony śluzowej nigdy nie może być wynikiem zakażenia. J. J. Bischoff [3]) w rozróżnianiu odmian posuwa się daleko tak, że rozróżnia cztery rodzaje w *endometritis fungosa*: 1) gdzie jest utkanie prawidłowe, tylko opuchlinowo zmienione i tkanka ziarninowa, 2) odmiana *decidualis*, 3) odmiana: rozlany gruczolak, 4) rozlany mięsak.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Terapia.

G. A. Sminow: **O leczeniu błonicy antytoksynami, dającemi się otrzymać bez pośrednictwa zwierząt.** (Z pracowni chemicznej dla medycyny doświadczalnej w Petersburgu).

Na początku swej pracy podaje autor krótką historyę rozwoju leczenia chorób zakaźnych za pomocą surowicy, gdy Behringowi udało się odkryć własności surowicy uodpornionych zwierząt szczególnie przeciwko tężcowi i błonicy. Z dalszych badań pokazało się, że skutki terapeutyczne u zwierząt nie dają jeszcze podstawy z całą pewnością do zastósowania tej metody u ludzi. W ogóle statystyka francuska jest pod tym względem mniej zachęcająca, niż niemiecka i włoska. Co się tyczy błonicy, oświadcza autor, że w ostatnich czasach więcej nawet zwrócono się do doświadczeń na ludziach, niż do doświadczeń na zwierzętach. Autor przytacza dalej pierwsze doświadczenia Behringa, Wernickego, Aronsona na morskich świnkach. Wspomina o zabiegach leczniczych z surowicą uodpornionej owcy, przedsiębranych przez Behringa, Boera, Kossla w 11 przypadkach błonicy u ludzi, gdzie wstrzykiwano na raz do 20 cm.^{3} tejże surowicy, w przeciągu zaś całego leczenia zużyto 80—100 cm.^{3}. Dwa przypadki zakończyły się śmiercią. Nakoniec przytacza statystykę Ehrlicha, Kossla i Wassermanna, zebraną z 220 chorych leczonych surowicą uodpornionych kóz, wykazującą śmiertelność 23·6%, gdy śmiertelność z błonicy po tracheotomii wynosi 44·9%. Autor zwraca może słusznie uwagę, że do leczenia błonicy i tężca za pomocą surowicy trzeba używać zbyt wielkich ilości surowicy, do której w celu uchronienia przed gniciem dodaje się 0·5% kwasu karbolowego. Aby uniknąć potrzeby wstrzykiwania tak wielkiej ilości surowicy, starali się niektórzy zwiększyć odporność zwierząt; pokazało się jednak, że siła immunizująca surowicy po pewnym czasie maleje a nawet zupełnie znika, zwierzę zaś pozostaje odporne na dowolne dawki jadu. Inni otrzymywali z surowicy za pomocą pewnych działań chemicznych czystą substancyę antytoksyczną i jak wykazały doświadczenia Aronsona, nawet małe ilości tej substancyi wystarczają do uodpornienia zwierzęcia lub nawet wyleczenie, lecz tylko z zakażenia bardzo małemi dawkami śmiertelnemi.

Z kolei nasuwało się pytanie, z jaką substancyą białkowatą łączy się własność immunizująca. Większość autorów zgadza się, że ta własność surowicy zwierząt uodpornionych zależy od albuminu a nie od globulinu i że, jak wykazały dalsze badania, mamy tu do czynienia z utlenianiem się i odtlenianiem. Autor zachęcony przez prof. Nenckiego do badań w tym względzie, próbował najpierw, czy przez utlenia-

[1]) Kubassów: Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1883 Tom IX. Z. 2.
[2]) Treub: Międzynarodowy Zjazd gin. w Brukselli 1892.
[3]) J. J. Bischoff: Centralblat für Gyn. 1879. s. 62.

nie surowicy nie dałoby się nadać jej własności surowicy zwierząt uodpornionych; mięszał więc prawidłową surowicę z rozmaitemi ilościami dwutlenku wodoru i taką mięszaninę wstrzykiwał królikom, badając w dalszym ciągu ich temperaturę, gdyż wszystkie albumozy i toksyny mają własność podwyższania temperatury. Jednak tak te doświadczenia, jak i odtlenianie za pomocą gąbki platynowej, nie dały pewnych wyników. Autor doszedł dopiero do pewniejszych danych za użyciem prądu galwanicznego.

Surowica krwi psiej poddana elektrolizie już za użyciem słabego stosunkowo prądu wykazuje na biegunie ujemnym wyraźne zmętnienie i oddziaływanie kwaśne, gdy na biegunie dodatnim pozostaje płyn przejrzysty i oddziaływa mocniej alkalicznie. Do dalszych badań używał autor rurki mogącej pomieścić około 200 cm.^{3} płynu, zgiętej w kształcie litery V i w miejscu zgięcia opatrzonej w kurek. Do elektrolizy używał bateryi akumulatorów o sile 110 woltów. W skutek bardzo silnego oporu, jaki stawia surowica, prąd elektryczny wykazuje tylko 120—160 miliamperów. Taka kwaśna, względnie alkaliczna surowica wstrzyknięta królikowi pod skórę, nie wywołuje zazwyczaj wcale podniesienia się temperatury. Po zobojętnieniu natomiast 1 cm.^{3} podnosi temperaturę u królika do 40·5°, przyczem podnoszenie zaczyna się w 2—3 godziny po zastrzyknięciu. Z doświadczeń autora wynika również, że prawidłowa surowica utleniona lub odtleniona nie posiada wcale własności leczniczych. Zupełnie inaczej zachowuje się surowica zawierająca toksyny. Prątki błonicze na prawidłowej surowicy, jakoteż na pożywce zawierającej tylko albumin lub globulin wyhodowane poddawał autor elektrolizie a następnie sączył przez filtr Diakonowa. Z doświadczeń pokazało się, że rzeczywiście za pomocą elektrolizy można toksyny zamienić w antytoksyny a przytoczone doświadczenia na zwierzętach wykazują skutki lecznicze.

Surowica zawierająca prątki błonicze po utlenieniu na biegunie ujemnym nawet bez przesączenia, zwierząt nie zabija, chociaż autor używał hodowli bardzo jadowitych. *(Berliner klin. Wochenschrift.* 1894). *Dr. Marischler.*

Choroby zakaźne.

Pantiuchow: O śledzionach na Kaukazie.

Autor podaje rezultat 420 obdukcyj w szpitalu Michajłowskim w Tyflisie. Jeżeli się przypuści, iż prawidłowa śledziona waży 200 gramów, to w przypadkach autora było tylko 31% zwłok ze śledzioną prawidłową; reszta miała powiększoną skutkiem zimnicy śledzionę.

Średni ciężar śledziony przerosłej był różny u różnych narodowości i wynosił 285 gramów u Rosyan, 352 gramów u Ormian, 365 gramów u Niemców, 350 u Georgijczyków, 436 gramów u Imeretyńców, 470 gramów u Tatarów a 540 gramów u innych narodowości. Śledziony ważące więcej, niż 400 gramów, znajdowały się przeważnie u krajowców. Rosyanie przeto, Ormianie i Niemcy najmniej chorują na zimnicę. Najwięcej przypadków tej choroby bywa w gubernii kutaiskiej, osobliwie u ludności rolniczej. W jednym przypadku przewlekłej zimnicy wykonano z bardzo dobrym skutkiem splenektomię a śledziona wydobyta ważyła 2235 gramów. U pewnego Greka zmarłego z malaryi w szpitalu tyfliskim, ważyły śledziona 3342 a wątroba 2814 gramów. *(Russkaja Medicina.* 12, 13, 14. 1894). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

— G. Sée (w Paryżu): Ferratyna jako środek dyetetyczny i terapeutyczny. Poszukiwania Marforego dokonane pod kierunkiem Schmiedeberga wykazały, że w wątrobie świńskiej znajduje się substancya zawierająca w pewnych okolicznościach koło 6% żelaza a stanowiąca niejako kwaśny białkan żelaza. Nazwano ją ferratyną.

Ferratyna zadawana wewnętrznie ludziom i zwierzętom nawet przez długi czas nie wywołuje żadnych zboczeń w przewodzie pokarmowym; nie drażniąc, działa łagodnie ściągająco i nie wywiązuje nigdy siarkowodoru (H_2 S.) jako objawu gnicia. Miejscowo wpływa na powiększenie łaknienia i reguluje wypróżnienia przewodu pokarmowego.

Ferratyna ulega tylko powoli wessaniu, doświadczenia na zwierzętach pokazały wszakże, że ledwie 5 do 20 litrów mleka wprowadza do ustroju tyle żelaza, ile 0·10 do 0·20 ferratyny.

Ferratyna przeto jest przedewszystkiem środkiem dyetetycznym, którego używać można z dobrym skutkiem u ludzi dorosłych i dzieci na pozór zdrowych jak i u osób cierpiących na bladnicę, ponieważ nie wywołuje nieprzyjemnych skutków ubocznych, właściwych zwykłym przetworom żelezistym.

Ferratynę zadaje się po 0·50 do 1·50 na dzień podzielonych na 2 lub 3 dawki w postaci proszku lub rozczynu w wodzie sodowej zawierającej winian alkaliczny. *(La médecine moderne.* 22. Sierpnia 1894).

— Aseptyka rąk u chirurgów. Wiadomo, iż w tym celu proponowano bardzo wiele środków i sposobów: obmywania kolejne za pomocą mydła, sublimatu, wyskoku, eteru i nadmanganezanu potasowego spłukiwanego następnie siarkanem sodowym.

N. A. Błagowieszczeńskij przechodzi rozmaite sposoby używane przez chirurgów we Francyi, Anglii i Niemczech do desinfekcyi rąk. Najwięcej w modzie jest obecnie sposób podany przez Fürbringera, który polega na użyciu mydła, wody, wyskoku i sublimatu. Lawson Tait i Bantock używają po prostu mydła i wody przegotowanej.

Większa część sposobów używanych do desinfekcyi rąk ma tę niedogodność, iż drażni skórę. Dlatego autor dążył do sposobu, któryby nie drażnił skóry i nie łączył się z użyciem zbyt mocnych rozczynów sublimatu i kwasu karbolowego.

Po ścisłych próbach bakteryologicznych przekonał się, iż odpowiada bardzo dobrze temu celowi płyn:

106)	Rp.	*Aquae coctae*	*93 partes*
		Acidi carbolici chemice puri	2 „
		Saponis nigri	3 „

Płynem tym należy umyć sobie ręce a następnie opłukać je obficie wodą przegotowaną. *(La médecine moderne.* 29. Sierpnia 1894).

— Mende: Opatrzenie aseptyczne w godzinie ordynacyjnej. Nie ma wątpliwości, że różnorodność materyału patologicznego, brak czasu i właściwości materyału do opatrywania sprawiają, że utrzymanie aseptyczności materyału do opatrywania jest bardzo trudnem; nie można bowiem dzielić chorych na gromady, na przypadki wewnętrzne i zewnętrzne, septyczne i aseptyczne i za każdym razem, nim się weźmie do skrzynki z materyałami do opatrywania, czyścić sobie ręce według wszelkich prawideł antyseptyki. Do tego potrzeba jeszcze dodać, że mul jodoformowy i sublimatowy otrzymuje się w dużych kawałkach, które trzeba dopiero dzielić, t. j. chwytać rękoma i wystawiać na niebezpieczeństwo zakażenia z powietrza.

Dlatego autor podaje sposób przez siebie dobrze wypróbowany a zmierzający do jak najlepszego utrzymania aseptyczności materyałów do opatrywania używanych.

W tym celu używa autor puszek z czarnej blachy żelaznej, mających 18 cm. wysokości a 12 cm. średnicy i przykrytych zachodzącym na kilka cm. wieczkiem, szczelnie przylegającem, lecz do zdjęcia łatwem. Do tych puszek daje się materyał opatrunkowy pokrajany już w kawałki o długości 25 a szerokości 20 cm., z których każdy wkłada się osobno. Po napełnieniu w ten sposób puszki i zamknięciu wieczkiem wyjawiała się na sucho przez gorąco, do czego można użyć albo osobnej szafki albo tak zwanego górnego szabaśnika zwykłego pieca kuchennego. Kilka godzin wystarcza do wyjałowienia, którego znakiem pewnym jest żółtawe lub nieco cisawe zabarwienie mulu. Zbyt mocne zabarwienie cisawe jest nie tylko niepotrzebne, ale nawet wprost szkod-

liwe, ponieważ materyał opatrunkowy robi się przez zadługie i zamocne wyjałowienie kruchym i traci zdolność wsysania płynów.

Wyjaławianie waty w opisanych puszkach jest zbyteczne, ponieważ mul wyjałowiony, położony w kilku warstwach na ranę wystarcza do ochrony jej od zakażenia nawet, jeśli się nań da watę niewyjałowioną, oczywiście z tą ostrożnością, by wata taka nigdzie nie dotykała się rany i działała tylko jako sączek przeciw zarodkom chorobowym z zewnątrz.

Takich puszek napełnionych materyałem do opatrywania sporządza sobie autor naraz kilka dla zapasu a bierze tylko jednę na godzinę ordynacyjną. Jeżeli potrzeba teraz coś opatrzyć, otwiera się lekko puszkę i chwyta kawałek tkaniny szczypczykami poprzednio wygotowanemi i danemi do 1% rozczynu lisolu i kładzie je na ranę nie dotykając się wcale palcami, poczem dopiero daje watę.

Korzyści z takiego postępowania są jasne; wyjaławianie za pomocą gorąca jest praktyczniejsze od desinfekcyi parą wodną a podzielenie opatrunkowego materyału na części chroni go od dotykania się rękami i ułatwia znakomicie opatrzenie ran większych i mniejszych. Niebezpieczeństwo dostania się zarodków zakaźnych przez otworzenie puszki jest bardzo małe, jeżeli wieczko otwiera się powoli i trzyma je po zdjęciu wprost nad puszką. Nakoniec całe to postępowanie jest proste, tanie, nie zabiera dużo czasu a da się łatwo przeprowadzić w mieszkaniu chorego, ponieważ puszkę można zabrać ze sobą. (*Therapeutische Monatshefte*. Sierpień 1894).

— L. Marquant. **O leczeniu elektrycznością statyczną przewlekłych wrzodów podudzia.** Dobre skutki otrzymane przez E. Doumera, profesora w Lille, z leczenia niektórych chorób skórnych elektrycznością statyczną nasunęły mu myśl użycia tego środka do leczenia wrzodów w ogólności a wrzodów podudzia w szczególności.

Postępowano w tej mierze w sposób następujący: po przemyciu wrzodu płynem przeciwgnilnym, jak rozczynem kwasu karbolowego (słabym) lub sublimatu i pokryciu go bawełną przyciągającą wilgoć (hidrofilną) umieszcza się chorego na odosobnionym (izolowanym) stołku i łączy go z biegunem ujemnym maszyny elektrostatycznej, do wrzodu zaś zbliża się ostry koniec metalowy i to do takiej odległości, by nie było iskier, lecz tylko powiew elektryczny. Takie posiedzenie elektryczne trwa 10 minut, poczem opatruje się wrzód zwykłym sposobem, a powtarza się je po trzy razy tygodniowo.

W przypadkach, w których przyczyną wrzodu były żylaki i ich następstwa, działała elektryczność statyczna bardzo rychło; ustępywały swędzenie, ból, zaczerwienienie i obrzęknienie skóry w sąsiedztwie wrzodu w krótkim czasie a wrzód zabliźniał się.

W przypadkach zaś, w których prócz żylaków, były jeszcze inne zboczenia chorobowe w ustroju lub chorzy byli w wieku podeszłym, polepszenie po franklinizacyi nie było tak rychłe ani tak znaczne i zależało od poprawy stanu ogólnego.

Z doświadczeń terapeutycznych autora z franklinizacyą w leczeniu wrzodów zasługuje na wzmiankę jedno, tyczące się 57-letniego alkoholika z żylakami i wrzodem owalnym na podudziu o średnicach 20 mm. i 17 mm. Wrzód ten wydzielał ropę rzadką; skóra w jego sąsiedztwie była barwy fiołkowej a goleń zgrubiała w długości więcej niż 7 cm. W środku obrzmienia kostnego, bardzo bolesnego za dotknięciem się, znajdowało się miejsce chełbocące o średnicy dwufrankówki. W przypadku tym leczenie przeciwgnilne przez trzy tygodnie nie doprowadziło do żadnego widocznego skutku. Użyto przeto franklinizacyi i to codziennie; polepszenie ukazało się rychło, na trzeci dzień już zmniejszyły się bóle i obrzmienie z zapalenia okostny; chory mógł chodzić nie kulejąc. Po trzech tygodniach takiego leczenia nastąpiło zupełne zabliźnienie się wrzodu.

Na podstawie tego przypadku sądzi autor, że możnaby spróbować franklinizacyi do leczenia zapalenia okostny. (*La semaine médicale* 15. Sierpnia 1894).

— Jakkolwiek jest mnóstwo przyczyn łysienia a tem samem i sposobów jego leczenia, w ogólności dobrze jest podniecać żywotność właściwej części skóry i używać w tym celu środków nieco ją drażniących, bacząc oczywiście by łagodzić to drażnienie, gdyby ono przekraczało granice terapeutyczne.

Leistikow zaleca w tym celu nacierać co wieczór skórę pręcikiem według przepisu:

107)	Rp.	*Cerae flavae*	*35·00*
		Olei olivarum	*30·00*
		Colophonii	*5·00*
		Chrysarobini	*30·00*

Jeżeli po kilku dniach zadraźni się skórę zamocno, należy użyć maści łagodzącej, n. p. cynkowej.

Wyleczenie następuje nieraz po 3 lub 4 tygodniach.

Tegoż samego sposobu użyć można do leczenia liszaja wyłysiającego (*herpes tondens*) i łysiny plackowatej (*alopecia areata*). (*La médecine moderne*. 29. Sierpnia 1894)

— Zamiast używać na raz jeden tylko środków przeciw tasiemcowi (*taenia*), które nierzadko, jak powszechnie wiadomo, zawodzą, nie wydalając z przewodu pokarmowego głowy pasożyta, daleko są praktyczniejsze środki, które nie wpływając gwałtownie na przewód pokarmowy, działają ciągle na pasożyta. W tym celu zaleca Schmidt na podstawie doświadczenia na samym sobie i czterech chorych pigułki według przepisu:

108)	Rp.	*Cupri oxydati nigri*	*6.00*
		Cretae praeparatae	*2·00*
		Boli armenicae	*12·00*
		Glycerini puri	*10·00*
		M. f. l. a. pill. 120.	

W pierwszym tygodniu zażywa chory codziennie cztery razy po 2 pigułki, w drugim tygodniu również codziennie cztery razy po 3 pigułki i używa pokarmów i napojów kwaśnych. Po upływie drugiego tygodnia zażywa sporą dawkę olejku racznikowego (*oleum ricini*), który usuwa tasiemca zupełnie.

†

V. Dr. Henryk Podowski.

(Wspomnienie pośmiertne).

W Warszawie zmarł przed dwoma tygodniami Dr. med. **Henryk Podowski**, Nestor lekarzy warszawskich, w poważnym wieku lat 90 ciu. Zmarły przez długi czas, albowiem przez pół wieku przeszło, pełnił obowiązki naprzód lekarza ordynującego a następnie naczelnego w warszawskim szpitalu św. Łazarza. Wyszedłszy ze służby w 1882 roku do ostatnich chwil niemal nie przestawał zajmować się praktyką. Ś. p. Podowski, najpierwszy a w swoim czasie jedyny specyalista w chorobach skórnych i wenerycznych w tutejszym kraju, położył spore zasługi dla szpitala św. Łazarza. Znany i ceniony osobiście przez osoby podówczas u steru władzy w Królestwie Polskiem stojące, potrafił zainteresować je losami szpitala, upośledzonego co do warunków egzystencyi i miejsca położenia. Pod nadzorem jego i kierunkiem zbudowany został w r. 1836. nowy szpital według ówczesnych wymagań higieny i innych potrzeb tego rodzaju zakładów leczniczych.

Nieboszczyk był doskonałym lekarzem; dla wiedzy swej, prawości i łagodnego charakteru ceniony przez kolegów i chorych. Należał on więcej do dawniejszych, aniżeli do współczesnych pokoleń; dlatego szczupłe tylko grono osób zebrało się dla oddania Mu ostatniej usługi. Nad gro-

bem Dr. Watraszewski, obecnie naczelny lekarz szpitala św. Łazarza, uczcił w serdecznem przemówieniu pamięć i zasługi zmarłego kolegi swego i poprzednika.

Warszawa 3. Września 1894 r.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 6. Września 1894 r.

— Według ogłoszonego właśnie programu podróży Najjaśniejszego Pana do Lwowa nastąpi uroczyste otwarcie tamtejszego Wydziału lekarskiego w niedzielę 9-go b. m. przed południem.

— Ósmy międzynarodowy kongres higieniczno-demograficzny otworzył w dniu 2. b. m. w Budapeszcie w zastępstwie Cesarza Arcyksiążę Karol Ludwik wobecności ministrów, duchowieństwa, dygnitarzy cywilnych i wojskowych, konsulów i osobnych reprezentantów różnych państw. Prezydent kongresu, minister spraw wewnętrznych Hieronymi w przemówieniu francuskiem zwrócił uwagę na znaczenie reform higienicznych, podziękował uczonym za udział i poprosił Arcyksięcia o otwarcie kongresu. Arcyksiążę Karol Ludwik powitał obecnych imieniem Cesarza w języku francuskim, wskazał na rezultaty odbytych już kongresów i życzył jak najlepszych owoców obradom. W dalszym ciągu swego przemówienia wypowiedział Arcyksiążę po węgiersku życzenie, aby uchwały kongresu przyczyniły się do dobra całej ludzkości i ogłosił imieniem Monarchy kongres za otwarty.

Po powitaniu kongresu przez burmistrza Budapesztu, dziękowali reprezentanci państw za zaproszenie. Niektórzy mowcy wśród hucznych oklasków zwracali uwagę na błogosławieństwa pokoju między narodami. Szczególne owacye wywołała mowa znanego higienika Dra Erismana z Moskwy. Przemawiali jeszcze Leyden z Prus, Bergeron z Francyi i Crocq z Belgii. Gdy Arcyksiążę Karol Ludwik opuszczał zgromadzenie, odezwały się liczne oklaski.

Po południu tegoż samego dnia otworzył minister Hieronymi wystawę higieniczno-demograficzną w gmachu politechniki.

Wieczorem odbyło się u Arcyksięcia Karola Ludwika przyjęcie członków kongresu w obecności ministrów i wysokich dygnitarzy.

Następnego dnia odbywały się wykłady w sekcyach a ogólną zwrócił uwagę odczyt księżnej Krystyny szlezwicko-holsztyńskiej o postępie w pielęgnowaniu chorych i szerzeniu wiadomości z zakresu higieny w Anglii w ostatnich latach.

Po południu obradowano między innemi nad sprawą palenia zwłok.

— W kancelaryi Dyrekcyi Szpitala św. Łazarza w Krakowie wyłożone są dzieła najnowsze ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich w języku polskim, niemieckim, francuskim i angielskim, nadsyłane regularnie zaraz po pojawieniu się w handlu przez księgarnie miejscowe i zagraniczne. Dzieła tę mogą Szanowni Koledzy przeglądać każdego dnia od 10—12 a w danym razie nabywać za opustem 10% od ceny księgarskiej.

— W osobnej pracy statystycznej i higienicznej, umieszczonej w piśmie *the Century* zwraca A. Shaw uwagę, że niesłusznie uważa się roczną śmiertelność 20 do 25‰ za średnią zadawalniającą dla miast; jeżeli bowiem tę średnią rozłoży się na rozmaite klasy społeczne, to pokaże się, że w temże samem mieście zmienia się śmiertelność roczna od 3 lub 4‰ do 200‰. Tak n. p. w Berlinie połowa przypadków śmierci przypada na rodziny złożone z pięciu osób a mieszkające w jednym tylko pokoju a ponieważ jest takich osób 73.000 na całą ludność 1,315.000, przeto wypada dla nich roczna śmiertelność 163·5‰ gdy śmiertelność dla rodzin zamieszkujących po dwa pokoje wynosi 23·5‰, dla rodzin zajmujących po trzy pokoje 7·5‰, dla ludzi zajmujących po cztery pokoje i więcej tylko 5·4‰.

— Nie dawno odbył się w Bernie szwajcarskiem kongres Towarzystw ochrony zwierząt. Jak się rozumie samo przez się, występowali na nim mówcy a jeszcze bardziej mówczynie gorąco przeciw wiwisekcyom i uchwalono nawet w tej mierze energiczną rezolucyą, o której wszakże jeden z członków kongresu powiedział i niewątpliwie słusznie, iż zostanie ona tylko platonicznem życzeniem.

— Miasto Paryż musiało temi czasy traktować o kupno gruntu budowlanego przy ulicy Vaugirard, należącego do byłego służącego słynnego Ricorda. Grunt ten oszacowano na 600.000 franków. Jeżeli służący Ricorda mógł zostać właścicielem takiego gruntu, ileż dochodu miał sam mistrz na polu syfidologii?

— Bogacz rosyjski Tereszczenko zapisał bezpłatnej lecznicy kijowskiej, założonej przez hr. Ignatiewową 20.000 rubli, od których procent ma iść na urządzenie zakładu i bezpłatne wydawanie leków.

— W Londynie odbywa się co roku w pewną niedzielę po wszystkich kościołach na szpitale kwesta; w roku bieżącym kwesta ta przyniosła 42.000 funtów szterlingów.

— Projekt założenia wydziału lekarskiego w uniwersytecie odeskim zdaje się, iż zbliża się do urzeczywistnienia. Jak bowiem donosi *Nowoje Wremja*, oświadczył się minister skarbu w tej sprawie przychylnie. Zarząd miasta Odessy oświadczył gotowość do odstąpienia bezpłatnie miejsca pod budowę klinik nowego Wydziału i prócz tego 10 dziesiatyn gruntu.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dniu 20. z. m. we wsi Konopiskach pod Częstochową Dr. **Ryszard Bukowski**, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego i były ordynator kliniki chirurgicznej prof. Kosińskiego, śmiały i dzielny chirurg, autor dwóch prac samodzielnych, opartych na własnych doświadczeniach, jednej o wyłuszczaniu mięśniaków macicy przez cięcie brzuszne, drugiej z dziedziny chirurgii dróg żółciowych. — W dniu 1. Września w Nowym Sączu w 52-gim roku życia Dr. **Lucyan Zengteller**, urodzony w Kaliszu, lekarz ordynujący szpitala nowosądeckiego, wychowaniec uniwersytetu Jagiellońskiego, obywatel powszechnym otaczany szacunkiem. — W Jarosławiu Dr. **Fryderyk Richter**, b. burmistrz tamtejszy, w 82 roku życia. — W Wiedniu Dr. **Jaromir** baron **Mundy**, znany filantrop i założyciel wiedeńskiego towarzystwa ratunkowego w 73. roku życia.

Redakcya otrzymała:

Władysław Biegański: Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich. Warszawa 1894.

K. Z. Wagner: K woprosu o glistach u stradajuszczych boleźniami żełudka i kiszek. (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Otdieł pitania na Higieniczeskoj Wystawkie. (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Kak czasto wstrieczajutsia słuczai s otsutstwiem solanoj kisłoty w żełudocznom sokie? (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Solanaja kisłota w żełudocznom sokie sobaki. (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: K woprosu o cerberinie (Odbitka z *Wracza*).

Tenże: Wpołnie li otwieczajut obrazowanie farmacewtow i położenie aptek sowremiennym trebowaniam mediciny? (Odbitka z *Wracza*).

O. Lassar: Zur Therapie des Melanom. (Odbitka z *Dermatologische Zeitschrift*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 15. Września 1894 r. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisł. w Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Wrzód okrągły pochwy (wrzód żrący Clarka) u osoby żyjącej spostrzegany.

Opisał

Dr. Włodzimierz Skowroński,

prymaryusz szpitala powszechnego w Tarnowie.

Wrzód żrący macicy i pochwy, *ulcus corrodens, phagedaenicum uteri et vaginae,* jest cierpieniem bardzo rzadkiem, występuje pojedynkiem na części pochwowej macicy, w jej szyjce, w pochwie albo też równocześnie tak na części pochwowej macicy, jakoteż i na pochwie. Pierwszym, który opisał wrzód żrący okrągły, był Karol M. Clarke (*observ. on the diseases of females*) w roku 1821.; powiada on, że są owrzodzenia na części pochwowej macicy, w jej szyjce, albo też na pochwie o brzegach zatokowatych, nieregularnych, dnie nierównem, zielonawoszarem, drążące powoli coraz to głębiej tak, że część pochwowa macicy, pochwa, mogą być z czasem zupełnie zniszczone; wrzód może wejść do pęcherza moczowego lub też do odbytnicy. Owrzodzenia te są nieraz przyczyną znacznych a nawet śmiertelnych krwotoków z naczyń nadżartych, jak to opisuje Klebs (*Handbuch* s. 884). Wrzód żrący widziano przeważnie u niewiast starszych, lecz są także znane z piśmiennictwa przypadki u osób młodych. Przebieg tego cierpienia jest bardzo podobny do raka macicy lub pochwy; to też niektórzy lekarze opisywali to cierpienie jako raka; dopiero szczegółowe badanie mikroskopowe wykazało, że wrzód żrący Clarka jest cierpieniem samoistnem, niemającem żadnych znamion raka. Przyczynę powstawania tego rzadkiego cierpienia wyjaśniono dopiero w ostatnich czasach. Klebs porównywa wrzód żrący Clarka z wrzodem okrągłym żołądka i przypuszcza, że działanie żrące wydzieliny pochwowej obok udziału zapewne miejscowych zboczeń w krążeniu jest podobnie, jak w żołądku przyczyną wrzodu, o którym mowa.

Zahn (*Virchows Archiv* T. 95. str. 388.) oraz Browicz (*Przegląd lekarski* z roku 1888. Nr. 2.) tłómaczą przyczynę powstawania wrzodu żrącego miejscowym zanikiem naczyń krwionośnych. Zahn opisując okrągły wrzód żrący górnej części pochwy, pierwszy tłómaczy sposób powstawania wrzodu, po wykluczeniu wpływu urazu lub ucisku przez krążek maciczny, jako skutek zboczenia w odżywianiu; wykrył bowiem, że tętnica maciczna i odchodząca od niej tętnica pochwowa miały ściany znacznie grubsze, niż w stanie prawidłowym a światło do *minimum* zwężone, tętniczka zaś zdążająca w kierunku do wrzodu, była zupełnie zarosła.

Browicz robiąc sekcyę u kobiety 59-letniej zmarłej w skutek zapalenia płuc włóknikowego, znalazł rozległą miażdżycę układu tętniczego; po przecięciu macicy i pochwy wzdłuż tylnej ściany zobaczył na tylnej wardze po stronie prawej na najwyższym jej szczycie jedno ognisko okrągławe, w pochwie zaś kilka ognisk tego samego wejrzenia, ostro odgraniczonych, ku obwodowi barwy szarawej, w środku brunatno-czarnej.

Powierzchnia tych ognisk była gładka i położona w tym samym poziomie, co reszta wargi lub pochwy. Ogniska te nie przedstawiały żadnego ubytku, nie miały znamion właściwego wrzodu, były jakby okrojone i płytkim rowkiem od otoczenia oddzielone.

Ogniska te były wrzodami żrącemi Clarka na macicy i w pochwie. Badanie mikroskopowe wykazało, iż ogniska owe ściśle odgraniczone są częściami nekrotycznemi tkanki. Budowa tkankowa w tych miejscach zupełnie zatarta, ku brzegom tych ognisk staje się wyraźniejszą tak, iż tkanka nekrotyczna stopniowo przechodzi w tkankę zdrową, tworzącą sąsiedztwo, t. j. brzegi owych ognisk.

Pokład przybłonkowy prawidłowy ginie w sąsiedztwie, prawie przy brzegu ognisk nekrotycznych, które zupełnie pozbawione są warstwy przybłonkowej i przedstawiają powierzchnię pod mikroskopem nierówną, jakby nadżartą.

W tkance otaczającej ogniska nekrotyczne nie ma śladu żadnych zmian; tkanka przedstawia własności prawidłowe, właściwe części pochwowej lub pochwie. Naczynia w samych ogniskach nekrotycznych mają wejrzenie zamazane; natomiast

w otoczeniu ogniska a mianowicie na dnie jego przedstawiają się ściany zgrubiałe a w wielu, mianowicie drobniejszych, wnętrze wypełnione tkanką komórkową, głównie z wrzecionowatych komórek złożoną, obraz typowy obliteracyi naczyń.

Przeglądając dostępną sobie literaturę ginekologiczną, nie znalazłem nigdzie opisanego przypadku wrzodu żrącego pochwy u osoby żyjącej. Wyżej wymienione przypadki opisane przez Browicza w *Przeglądzie lekarskim*, są to zmiany pośmiertne, przeważnie przypadkowo przy sekcyi znalezione; dlatego też poczytuję sobie za obowiązek podać do wiadomości Szanownych Czytelników przypadek, który obserwowałem w Lipcu r. z., który z przypadów rozpoznałem jako raka przybłonkowego pierwotnego pochwy na przedniej ścianie. Badanie mikroskopowe w pracowni prof. Marsa, któremu posłałem wycięty wrzód, wykazało, że w niniejszym przypadku był rzeczywiście wrzód okrągły, żrący pochwy.

W Lipcu 1893. zgłosiła się do szpitala powszechnego w Tarnowie N. N., lat 37. mająca, mężatka, podając, że pochodzi z rodziców zdrowych, matka jej umarła na udar mózgowy a ojciec w roku 1873. na cholerę, oboje w średnim wieku.

Chorób dziedzicznych w rodzinie nie ma. Pacyentka w 15-tym roku życia dostała regularności, która dotychczas przychodzi w odpowiednim czasie i trwa 3—4 dni; w 17-tym roku poszła za mąż i odbyła dwa prawidłowe porody. Mąż jest zupełnie zdrowy, nie przebywał ani kiły ani też wiewióra. W jesieni 1892. zauważyła, że ma większe niż przedtem białe upławy, na które jednak nie zwracała uwagi; w Kwietniu zaś 1893. poczuła ból przy oddawaniu moczu, z którym bardzo często musiała wychodzić. Czuła już wyraźnie parcie ku dołowi, szczypanie i swędzenie bolesne dołem, znacznie przy chodzeniu się wzmagające.

Starała się przeto jak najczyściej teraz utrzymywać, lecz to już nic jej nie pomagało; przeciwnie zwiększające się i występujące coraz częściej bóle, stały się dla niej nieznośnemi, przechodzą w pęcherz i są przyczyną częstego parcia na mocz. Z domu wychodzić nie może, gdyż bóle i znaczne parcie ku dołowi na to jej nie zezwalają.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Wejrzenie niewiasty zupełnie odpowiednie wiekowi, odżywienie mierne, cera twarzy blada, równie jak i błona śluzowa warg i jamy ust jest blada, niedokrewna; tkanki tłuszczowej niewiele, skóra daje się ująć łatwo we fałd, mięśnie wiotkie, klatka piersiowa wąska, długa, jednak dobrze wysklepiona, dołki podobojczykowe wypełnione, oddech przeponowo-obojczykowy, regularny, głos jasny, dźwięczny, w szczytach płuc opukiwanie nie wykazuje żadnego stłumienia, wymiary serca prawidłowe, szmer nad końcem serca przy skurczu jak u niedokrewnych, wdech i wydech prawidłowe.

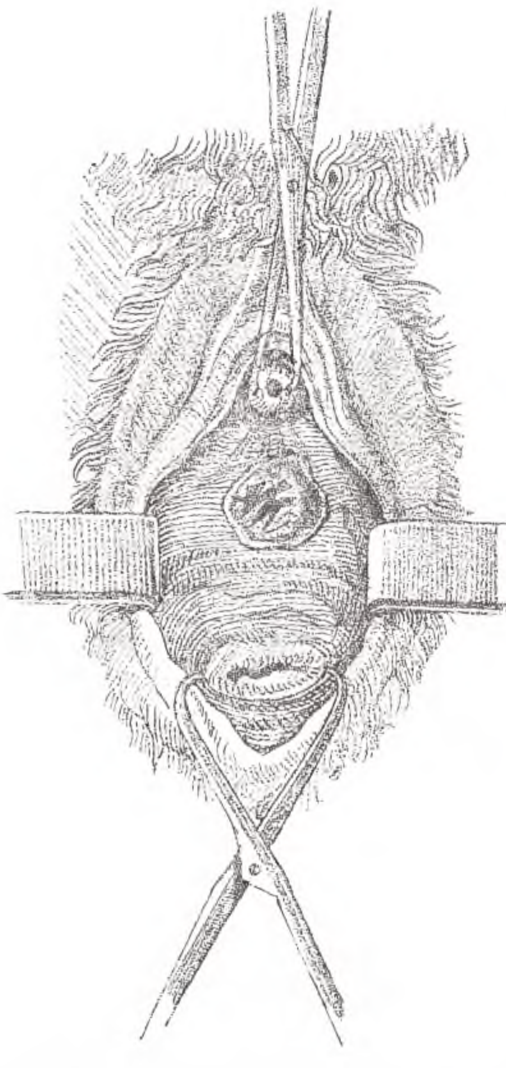
Badanie jamy brzusznej wykazuje małego stopnia rozstrzeń żołądka; wątroba i śledziona prawidłowe, kiszka okrężna poprzeczna i zstępująca wypełnione kałem; chora od pierwszej młodości cierpi na zaparcie stolca a za najmniejszem parciem na stolec wychodzi zupełnie kiszka stolcowa *(prolapsus ani completus)*. Ponad spojeniem kości łonowych macica niewyczuwalna, okolice obydwóch jajników niebolesne, gruczoły pachwinowe niepowiększone. Krążka macicznego chora nie używała.

Palec wprowadzony do pochwy czuje doskonale, że cebulka moczowa jest nieco obrzmiała, zbitsza, za dotknięciem bolesna, a posunięty dalej ku górze, wchodzi końcem na przedniej ścianie pochwy w mały dołeczek okrągławy wielkości pół centa i czuje na dnie powłokę śliską, galaretowatą.

Pacyentka przy badaniu dołeczka uskarża się na znaczny ból i to większy, niż przy dotykaniu się cebulki moczowej; zresztą palec okrążając całą pochwę dokoła, nie wyczuwa już nigdzie bolesnych dołeczków i wykazuje tylko, że błona śluzowa pochwy jest wiotka i rozpulchniona, macica mała, ku przodowi pochylona, część pochwowa macicy krótka a wargi maciczne tworzą szparę poprzeczną jak u niewiasty, która rodziła.

Rozchyliwszy wargi sromne, widać, że ich błona śluzowa blada, pokryta śluzem a cebulka moczowa, w samej rzeczy obrzmiała, sterczy więcej ku przodowi; osobliwie dolna jej część tworzy razem z dolną, przednią częścią ściany pochwy fałd obrzmiały *(carina vaginae* Kohlrauscha, *tuberculum vaginae* Luschki), twardawy; za uciskiem cewki nie występuje żadna ciecz ropiasta.

Pociągnąwszy cebulkę nieco ku górze, widać na przedniej ścianie pochwy może na półtora centymetra od cebulki moczowej, zagłębienie w postaci wrzodu okrągłego wielkości pół centa o brzegach wyraźnie stromych, może na dwa mi-



limetry wysokich, czystych, dno nierówne, pokryte ziarniną wiotką, rozpadającą się, to jest widać większe i mniejsze zagłębienia drążące w głąb; miejscami zwłaszcza ku lewej stronie, dno pokryte jest szaro ropiastą powłoką, dającą się z trudnością oddzielić. W tem miejscu wrzód broczy za dotknięciem się. Włożywszy cewnik do pęcherza, wypuściłem mocz czysty barwy słomiastej, prawidłowy.

Wobec tego powiedziałem pacyentce, że trzeba koniecznie wyjąć owrzodziałą część ściany pochwowej, gdyż przypuszczałem, że mam do czynienia z rakiem przybłonkowym okrągłym pierwotnym na przedniej, dolnej części pochwy, z cierpieniem bardzo rzadkiem.

Otrzymawszy od chorej zezwolenie na operacyą, po dokładnem odrażeniu części rodnych 3% kwasem karbolowym, wykonałem dnia 8. Lipca operacyą w ten sposób, że zrobiłem na $^{3}/_{4}$ centymetra od brzegu wrzodu cięcie koliste, przecinając całą ścianę pochwy aż do przegrody pochwowo-cewkowej, poczem odpreparowałem cały płat okrojony a ranę zespoiłem 3-ma szwami z drutu srebrnego. Operacyę na żądanie chorej wykonałem w uśpieniu.

Przez cały 16-dniowy pobyt w szpitalu pacyentka nie miała gorączki, temperatura nad 37° C. nie wyszła, tętno spokojne do 70 uderzeń na minutę, nigdzie żadnej bolesności.

Szwy rozeszły się szóstego dnia po operacyi, brzegi rany rozstąpiły się a rana czysta posypywana co trzeci dzień miałkim jodoformem a pokrywana małym zwitkiem gazy jodoformowej goiła się powoli.

Apetyt dobry, sen spokojny, żadnego parcia ku dołowi ani też na mocz a objawy te, na które chora żaliła się przedtem, ustąpiły po operacyi.

2. Sierpnia rana była zupełnie zagojona, o czem naocznie sam się przekonałem.

Z końcem Lutego 1894., zatem po siedmiu miesiącach badałem ponownie pacyentkę szczegółowo. Dotychczas jest niedokrewną, tym razem mocno osłabioną; cierpi często na połowiczy ból głowy po stronie lewej. Badanie wewnętrzne wykazuje, że cebulka moczowa jest znacznie mniejsza, niezbita, niebolesna a w miejscu, gdzie był wrzód, czuć dobrze bliznę wielkości centa, w koło niej zaś zdrową błonę śluzową, nieznacznie rozpulchnioną. Upławy białe mniejsze, pacyentka bowiem robi co dzień wstrzykiwania rozcieńczonym kwasem dębiankowym.

Parcie ku dołowi [1]), bolesność [2]), samo wejrzenie wrzodu skłaniały mnie do rozpoznania, że mam przed sobą raka przybłonkowego pochwy.

Z pewnością, gdyby dokuczliwe parcie ku dołowi, bolesność cebulki moczowej przy chodzeniu i częste oddawanie moczu, nie znagliły pacyentki do szukania porady lekarskiej, wrzód dostałby się do cewki moczowej i więcej by się rozszerzył w obwodzie po pochwie.

Oglądając pod mikroskopem skrawki zrobione w pracowni prof. Dra Marsa, widzieć można dokładnie, że warstwa przybłonka pokrywającego błonę śluzową pochwy przy samym brzegu wrzodu okazuje nagłą przerwę; błonę śluzową już rozpoznać trudno, gdyż rozpada się, im dalej od brzegu ku środkowi wrzodu. Powierzchnia jest nierówna jakby poszczerbana, budowy błony śluzowej już rozpoznać nie można; miejscami błona podśluzowa jeszcze zachowana, naczynia krwionośne niewyraźne, przy brzegu wrzodu widać dobrze zgrubiałe ściany naczyń, wnętrze zaś wypełnione komórkami wrzecionowatemi, mięśnie pochwy przedstawiają się wyraźnie, naczynia zaś w nich mają ściany nieco zgrubiałe, lecz są drożne.

Zastanawiając się uważnie nad przypadkiem Browicza, uwzględniając zarazem swój przypadek, możemy przyjść do przekonania, że wrzód na przedniej wardze macicy jakoteż wrzody na pochwie, wszystko to wystąpiło prawie równocześnie; są to świeżo powstałe wrzody bez rozpadu a wrzód przedstawiony na rysunku wskazuje, że wrzody żrące Clarka nietylko niszczą tkanki drążąc wgłąb, lecz także i w obwodzie rozszerzając się, zlewają się razem.

Przypadek też Browicza dla nas jest wskazówką, jak ostrożnym trzeba być z rozpoznaniem a przedewszystkiem z rokowaniem w przypadkach zaniedbanych.

Co się tyczy samego rozpoznania, to mikroskop rozstrzyga a tem samem usuwa wszelką wątpliwość.

Obraz mikroskopowy mojego przypadku u osoby żyjącej obserwowanego, zgadza się zupełnie z obrazem mikroskopowym opisanym przez Browicza.

Leczenie wrzodu żrącego zrazu wydawałoby się teoretycznie łatwem, bo polegałoby na zamianie wrzodu żrącego we wrzód czysty, dobrze się gojący, za pomocą czy to środków leczniczych czy rękoczynu, n. p. przez wyskrobanie wrzodu ostrą łyżeczką a następnie wypalenie przyrządem Paquelina, albo też wyjęcie dostępnego kawałka ściany pochwy lub też amputacyą część wargi macicznej, zajętej wrzodem. Z doświadczenia jednakże wie każdy lekarz, że wrzód żrący nieraz mimo energicznych środków i zabiegów leczniczych nie da się rychło opanować; dlatego mniemam, że leczenie wrzodu żrącego Clarka w przypadkach zaniedbanych będzie trudne i niewdzięczne.

Z jednego przypadku obserwowanego za życia trudno wydawać sąd o rokowaniu; mniemam wszakże, że należy zapatrywać się na wrzód żrący Clarka jako na cierpienie poważne, co do rokowania niepewne, mogące powrócić; trzeba mieć zawsze w pamięci badanie Zahna i Browicza, którzy wskazują, że przyczyna tego rzadkiego cierpienia tkwi w zaniku naczyń; chociaż przeto usuniemy cierpienie, jest rzeczą możliwą, że po niejakim czasie wystąpi jeden lub kilka wrzodów żrących na części pochwowej macicy lub na ścianie pochwy i przez szybki swój rozpad wytworzy przetoki do pęcherza, do kiszki stolcowej a nawet może sprowadzić śmiertelny krwotok maciczny, o jakim wspomina Klebs (*Handbuch* str. 884).

Wypada zatem lekarzowi koniecznie zwrócić uwagę pacyentki, że po wyleczeniu może powrócić cierpienie i to w czasie nieograniczonym, że powinna od czasu do czasu dać się badać, czy nie ma na nowo wrzodu, aby go w samym początku usunąć, zanim sprawi rozległe spustoszenia w pochwie lub na macicy.

[1]) Schröder: Wykład chorób kobiecych. Tłóm polskie. Warszawa 1876. str. 449.

[2]) West: Frauenkrankheiten str. 745.

II. Z kliniki profesora Neussera w Wiedniu.

Krew w przebiegu raka.

Skreślił

Dr. M. Olejnik,

hospitant tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

9) A. S., w Maju zgłosił się do ambulatoryum klinicznego podając, że go wysłano ze Lwowa do Karlsbadu celem leczenia nieżytu kiszek. Całe wejrzenie chorego, tępy ból w okolicy dołka podsercowego, powiększenie kilku gruczołów w paszo lewej, obrzmienia obu rąk (z początku za pellagryczne uznane — później uznano je za *erythema solare*), odraza do mięsa, wszystko to przemawiało za sprawą nowotworową pomimo, że nowotworu wykryć nie można było. Chorego przyjęto 23. Maja do kliniki. Ma lat 40. W młodości wykonano u niego resekcyę stawu łokciowego (gruźlica kości). Od 8 miesięcy wystąpiło nagle rozwolnienie: po 4—6 stolców cuchnących dziennie bez śluzu i krwi. Od tego czasu bóle tępe w pachwinie lewej, przyczem chory zauważył kilka większych gruczołów. Od 2 tygodni ból szczególnie nocą w okolicy krętarza dużego po stronie prawej wzdłuż nerwu kulszowego. Po stronie lewej przepuklina lędźwiowa, która wedle podania chorego miała powstać nagle. Od 10 dni obrzmienie na grzbiecie rąk. Chory podaje, że od czasu choroby ubyło go 20 klg. Oprócz gniecenia, odbijania, braku apetytu, szczególnie do mięsa, innych przypadów żołądkowych a mianowicie wymiotów nie było. Na pytanie, czy dawniej nie miał przypadłości żołądkowych, podaje, że był zupełnie zdrów, że przyczyną rozwolnienia może jest picie złej wody. Chory nie kaszle. Z powodu podejrzenia o rumień lombardzki (*pellagra*) badano kał. Rumień lombardzki, który endemicznie występuje w Rumunii, po części i na Bukowinie, przebiega bardzo rozmaicie. Neusser znalazł w rozmai-

tych formach zawsze znaczną ilość komórek Ehrlichowskich (eozynofilnych). Z drugiej strony znaleziono znaczną liczbę tych komórek w przypadkach, których przebieg przypomina rumień lombardzki. Sposób powstawania musi być jednaki, prawdopodobnie samozatrucie ustroju. Wogóle można powiedzieć, że toksyny drażniąc układ nerwu współczulnego, wywołać mogą migrenę, psychozę, zboczenie trawienia, tężyczkę, uremią a we krwi wystąpienie w większej ilości komórek eozynofilnych. Świadczy o tem dychawica nerwowa i skaza moczanowa *(diathesis uratica)*. Neusser uważa nukleinę i jej pochodne za przyczynę napadów dychawicznych zwłaszcza, że u dychawicznych wstrzyknięcie nukleiny wywołuje napad, w czasie którego ukazują się we krwi komórki eozynofilne. W nowszym czasie wykazały badania Neussera i Ludwiga, że we krwi znajdują się ciałka białe z większem jądrem i podwójnem barwieniem *(cariomegalia, basophilia)* Może to jest znakiem nagromadzenia się nukleiny we krwi w skazie moczanowej (Neusser).

W naszym przypadku ani we krwi, ani w stolcach nie znaleziono komórek eozynofilnych. Wedle Cuboniego mają stolce osób zdrowych zawierać daleko mniejsza ilość laseczników, niż chorych na rumień lombardzki, w którym znajdują się w stolcach bardzo obficie *clostridia*, barwiące się jodem na ciemnofiołkowo. Wedle Majocciego mają tego rodzaju grzybki gnieździć się w zepsutej kukurydzy i wywoływać jej rozkład a toksyny jak amygdalina, pikrotoksyna sprowadzają głównie objawy rumienia lombardzkiego. W naszym przypadku pomimo barwienia jodu znaleziono *clostridia* w małej ilości. Ponieważ chory w młodości cierpiał na gruźlicę kości, rozchodziło się, czy rozwolnienie nie jest następstwem owrzodzeń gruźliczych. W kale prątków właściwych nie znaleziono, w płucach zmian gruźliczych ani świeżych ani dawniejszych nie ma. Dalsze kilkakrotne badanie treści żołądkowej wykazuje brak HCl (po śniadaniu Leubego, próbie białkowej), ale za to stale występuje kwas mlekowy. Drobnowidowe badanie wykazuje: dużo laseczników, niestrawione części pokarmów (skrobi, włókien mięsnych). Objawy rozstrzeni żołądka, jak pluskanie w znacznym obszarze, zaleganie pokarmów przez noc. Stolec rzadki, cuchnący, szaro zabarwiony, kwaśny; pod drobnowidem: straty barwików żółciowych, przybłonki z dobrze utrzymanem jądrem, nieliczne ciałka białe, wielka ilość prątków. Krew: Fleischl 50% Hmgbl., brak siatki włóknikowej, poikilocytoza. Ciałek czerw. 3,500.000, białych 18.000, częściej z jednem jądrem. Brak ciałek czerwonych z jądrem. Nie ma eozynofilii. Ciepłota 36·2, Tętno 72. Ponad obojczykiem lewym i w pachwinie lewej 2 gruczoły twardawe, powiększone. (Badany kiły nie przebywał). Bolesność w okolicy dołka podsercowego utrzymuje się prawie stale. Podczas obserwacyi chorego miałem sposobność czytać krótkie sprawozdanie z pracy Boasa, w której przytoczono objawy, na podstawie których rozpoznano raka żołądka, bez wykazania guza a to w razie 1) pojawienia się uporczywego gniecenia w dołku podsercowym, 2) wychudnienia, 3) wymiotów, 4) braku kwasu solnego, 5) rozstrzeni żołądka, 6) wyraźnego i stale utrzymującego się oddziaływania kwasu mlekowego. Boas dodaje, że w raku żołądka ilość hemoglobiny spada niżej 60% Fleischla. Większe znaczenie, niż zmniejszenie ilości hemoglobiny ma wedle Reinerta powiększenie ilości ciałek białych w przebiegu raka, czego w przypadkach wrzodu okrągłego nie znajdujemy. Obok tych zmian we krwi bywają przypadki następowej niedokrewności złośliwej z zanikiem błony śluzowej. Wczesne, stałe występywanie ciałek czerwonych z jądrami, zabarwienie surowicy krwi, leukocytoza z jednem jądrem, wybroczyny w skórze mogą dać wskazówkę, że mamy do czynienia z charłactwem rakowem.

Na podstawie zatem badania treści żołądka, krwi, powiększenia kilku gruczołów, tępego, ciągle utrzymującego się bólu w dołku podsercowym, wychudnienia rozpoznanie raka było prawdopodobne. U chorego pomimo podawania bizmutu w wielkiej ilości biegunka utrzymywała się stale; tymol również nie wpłynął na ilość laseczników w kale. Po wodzie karlsbadzkiej rozwolnienie zwiększyło się, chorego na żądanie wypuszczono z kliniki.

10) A. R., z Stanisłówki w Galicyi, l. 22, uskarża się od miesiąca na tępy ból w okolicy dołka podsercowego, na brak apetytu, czcze odbijania, ogólne osłabienie. Zimnicy nie przebywał. Przy badaniu wymacać można brzeg śledziony na palec poniżej łuku żebrowego, brzeg wątroby niemacalny, okolica ta jednak lekko za dotknięciem się bolesna. Gruczoły nie powiększone. Badanie krwi wykazało znaczną leukocytozę, przeważnie o jednem jądrze; komórek Cornila nie znalazłem. Rozpoznałem bielicę w początkach. W miesiąc zgłosił się chory powtórnie. Żali się na częste krwawienia z nosa, lekką biegunkę i większe osłabienie. Śledziona większa sięga na 4 palce poniżej łuku żebrowego, brzeg wątroby wyraźnie macalny, tępy. Gruczoły nie powiększone. Badanie krwi wykazuje już znaczniejszą leukocytozę. Dla lepszej obserwacyi odesłałem chorego do szpitala żółkiewskiego, gdzie chory po kilku dniach nagle umarł.

Sekcya (Dr. Muszkiet) wykazuje: *Carcinoma medullare hepatis et lienis. Thrombosis venae cavae.* W żołądku niema żadnych zmian. Limbeck opisuje również przypadek, gdzie u kobiety 42-letniej z guzami gruczołów limfatycznych naliczono 35.000 ciałek białych. Na podstawie tego rozpoznano początkową bielicę. Sekcya wykazała tymczasem ogólną sarkomatozę gruczołów limfatycznych.

11) Szczególniejszy interes przedstawia następny przypadek raka przełyku. Komórki Ehrlichowskie (eozynofilne) znaleziono w rozmaitych chorobach (zmiękniениu kości, neurastenii, bielicy, w czasie napadów dychawiczych na tle nerwowem, pęcherzycy, *lymphodermia perniciosa*, *erythema nodosum*, rumień lombardzki etc.). Przyczyna ma być podrażnienie zakończeń nerwu współczulnego, czy to wprost, czy to przez toksyny. Podrażnienie układu kostnego tą drogą wywołuje eozynofilię krwi. Podobne tłómaczenie wypowiedział Neusser. Niżej opisany przypadek stwierdza podobne przypuszczenie. Wystąpienie eozynofilii w płonicy, końcowym okresie zapalenia płuc, w niektórych przypadkach niedokrewności i błednicy jest znakiem oddziaływania układu kostnego. Takie przypadki są łatwiejsze do leczenia. Eozynofilia zawdzięczyć może powstanie swe zatruciu ze strony przewodu pokarmowego. Błednica z objawami ze strony przewodu pokarmowego, która jest wynikiem tego zatrucia, charakteryzuje się wystąpieniem eozynofilii we krwi a leczenie takiej błednicy środkami przeczyszczającymi daje lepsze wyniki, niż żelazem. Eozynofilia z równoczesną limfocytozą może dać wskazówkę, że mamy do czynienia z niedokrewnością kiłową. Widzimy zatem, że znaczenie leukocytozy nie tylko co do ilości, ale i jakości ciałek białych może być ważnem dla rozpoznania pewnych spraw chorobowych. Na podstawie badania krwi możemy odróżnić odrę od płonicy, ropne zapalenie opon mózgowych od gruźliczego i od duru brzusznego, początek zapalenia płuc od duru brzusznego, ropnicę od duru i od zimnicy, kamicę żółciową od zimnicy zwłaszcza, gdzie ciepłota, poty występują jak w zimnicy a brak innych objawów (przypadek w klinice prof. Korczyńskiego), błednicę pierwotną od gruźliczej itd.

Wróćmy do swego przypadku: Karol P., l. 50., od 2. Maja w klinice. Rozpoznanie: *Carcinoma oesophagi in bronch. sinistr. tendens subseq. compressione bronchi sinistr. Metastasis glandul. lymphaticarum cum compressione nervi laryngei recurrentis*, pęknięcie większego naczynia z dostaniem się krwi do płuc. Badany dobrze odżywiony i zbudowany. Od Wielkiejnocy nie może łykać pokarmów stałych. Od $1^1/_2$ miesiąca chrypka. Przed 3-ma tygodniami pojawiły się mocniejsze bóle w okolicy mostka. Od tego czasu tylko płyny z trudnością dostają się do żołądka. Obie źrenice bardzo wązkie, ale dobrze oddziaływają na światło. Po stronie lewej nad obojczykiem znajduje się guz wielkości włoskiego orzecha ze skórą niezrosły. Guz ten gubi się pod obojczykiem, jest u podstawy twardy, na szczycie miększy, chełbotania

jednak wykazać nie można. Gruczoły podszczękowe nieco twardsze niż zazwyczaj i większe. Badanie krtani wykazuje niedowład mięśni strony lewej. W płucach objawy zwężenia lewego oskrzela, w sercu niema żadnych zmian. Zgłębnik napotyka w przełyku na przeszkodę i tylko cienki przechodzi do żołądka. W moczu indykan stale w znacznej ilości. Waga ciała 54 klg. 23. Maja wykazuje badanie krwi: Fleischl Hmglb. 70%. Ciałek czerwonych 4.000.000; nieznaczna leukocytoza. Chory uskarża się na większy ból w piersiach, i na większą przeszkodę w połykaniu. 25. Maja. We krwi więcej ciałek białych, wiele komórek eozynofilnych. 2. Czerwca uskarża się na kłujący ból w okolicy mostka, oddech trudniejszy. 5. Czerwca występuje męczący kaszel, objawy zwężenia oskrzela coraz mocniejsze. W godzinach popołudniowych podwyższenie ciepłoty (38°C). Kilkakrotne badanie krwi w ostatnich dniach wykazuje: Hmglb. 45% (Fleischl); ciałek czerwonych 3,400.000; ciałek białych 15,000; bardzo znaczna eozynofilia, która w dwu ostatnich dniach przed zgonem znacznie wzrosła. Popołudniu 11. Czerwca nagle śmierć wskutek krwotoku. Na dwa dni przed śmiercią, podczas wizyty poobiedniej zwróciłem uwagę asystenta Dra Ortnera na objawy znacznej duszności, podwyższenie ciepłoty i większą eozynofilię we krwi. Za źródło podwyższenia ciepłoty uważałem wessanie toksyn z nagle rozpadającego się nowotworu. Objawy duszności przemawiały również za tem. Pojawienie się eozynofilii przemawiałoby za podrażnieniem bezpośredniem nerwu współczulnego przez ucisk nagły nowotworu na okolicę kręgów szyjnych i piersiowych, gdzie znajdują się sploty nerwu współczulnego. Nie można też wykluczyć pewnej zależności eozynofilii od napadów dychawiczych.

Sekcya (prof. Kolisko): *Carcinoma oesophagi supra regionem bifurcationis tracheae in bronchum sinistrum tendens et cum compressione ejus. Carcinoma secundarium glandul. lymphat. cum compressione nervi laryngei. Metastases in pulmonibus.* Owrzodzenie rakowe sięga od połowy przełyku do wpustu żołądka; naciek twardy obejmuje nerw krtaniowy, sięga jako twarda masa do stosu kręgowego i uciska naczynia i nerwy tamże znajdujące się. Na tylnej ścianie łuku aorty widać pęknięcie skośnie idące. W samej ścianie drobne gniazdo nacieku rakowego. Szczelina prowadzi wśród nacieku rakowego do przełyku poniżej zwężenia; ztąd znaczna ilość krwi nagromadziła się w samym żołądku a tylko parę łyżek wykrztusił konający. Wspomniany guz na szyi jest rozpadłym przerzutem. W trzonach kręgów makroskopowych zmian niema żadnych. Ponieważ eozynofilia tak znaczna pojawiła się w 2 ostatnich dniach z równoczesnem podwyższeniem ciepłoty i objawami znaczniejszej duszności i bólem w okolicy mostka, przypuścić trzeba, że wtedy rozpoczął się nagle dalszy rozpad nowotworu, że nagle pozostała szczelina w ścianie tętnicy głównej, napływająca krew zwiększyła pojemność nowotworu, zatem ucisk z jednej strony na tchawicę, z drugiej na kręgi, podrażnienie nerwu współczulnego bezpośrednie i znaczna eozynofilia we krwi.

W badanych zatem przypadkach raka mamy wybitną leukocytozę. Przyczyna jej wystąpienia może być dwojaka: 1) umiejscowienie nowotworu, 2) rozpad.

Lymphosarcoma (Alexander Limbeck) sprawia często znaczną leukocytozę, przy usadowieniu się w kości możemy mieć eozynofilię. Leukocyty są przeważnie z jednem jądrem. W nich można widzieć, że jądro się dzieli, ma to być *malum omen.* Badanie gruczołów zaotrzewnowych co do obecności gniazd rakowych możeby dało wskazówkę, czy leukocytoza w przebiegu raka żołądka zależy od nowotworu wprost, czy jest następstwem przerzutów lub rozpadu.

Ehrlich uważa wystąpienie leukocytozy o jednem jądrze za złe odżywianie krwi. Są to formy niedojrzałe, występujące w charłactwie rakowem. W raku kości i gruczołu tarczykowego zauważył Neusser wielką ilość leukocytów (70 000). W przypadku powyżej opisanym raka śledziony i wątroby mamy również znaczną leukocytozę. Obok leukocytozy pojawianie się stałe ciałek czerwonych z jądrem można uważać za charakterystyczne dla charłactwa rakowego (Rokitansky). Ciałka te napotykamy w rozmaitych sprawach chorobowych: w blednicy, bielicy, po znacznych krwotokach, i t. d. Pojawianie się tworów tych po krwotokach w blednicy jest znakiem odradzania się krwi a zatem dobrym znakiem. Ale zato stałe pojawianie się ciałek czerwonych jądrzastych obok znacznej ilości hemoglobiny w ciałkach, równoczesna leukocytoza, zabarwienie surowicy krwi może dać wskazówkę, że w ustroju odbywa się sprawa nowotworowa. Stałe pojawianie się ciałek czerwonych z jądrami obok równoczesnej eozynofilii jest w charłactwie rakowem złym znakiem.

Jako wskazówka w dalszem badaniu służyć może buczenie nad żyłami szyjnemi, które w prawdziwej blednicy jest bardzo wybitne, w niedokrewności zaś skutkiem gruźlicy lub raka nie jest tak wyraźne.

Badanie moczu wykazuje w niektórych przypadkach zmniejszenie się ilości chlorków a stałe powiększenie się ilości indykanu.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyologia.

Suter i Meyer: Przyczynek do fizyologii sekrecyi prawidłowej moczu u człowieka.

Autorowie mieli sposobność zbierania i badania moczu z każdego moczowodu z osobna u chłopca dotkniętego zboczeniem położenia pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*). W ciągu $3^1/_2$ dni oznaczali ilość moczu, ciężar gatunkowy, kwasotę, ilość mocznika i kwasu fosforowego. Porównywając ilości w ciągu każdej godziny z obu moczowodów wydobyte, znaleźli bardzo nieznaczne różnice, ilość moczu z 12—24 godzin zaś była z nerki lewej mniejsza, niż z prawej. Ciężar gatunkowy, ilość mocznika i kwasu fosforowego okazywały tylko bardzo nieznaczne różnice. Tylko co do kwasoty spostrzegli dwa razy różnicę blisko 50% wynoszącą na niekorzyść nerki lewej.

S. i M. są zdania, że wyniki te przemawiają przeciw istnieniu wpływu nerwowego na czynność nerek, przypuszczają bowiem, że gdyby był taki wpływ, różnice pomiędzy wydzieliną jednej i drugiej nerki byłyby większe, niż są w rzeczywistości. (*Centralblatt für allg. Pathologie u. pathol. Anatomie.* 6. Sierpnia 1894). *Beck.*

Higiena.

E. Ludwig: Formaldehid do konserwowania artykułów żywności.

Rozczyn formaldehidu, okazujący mocne własności przeciwgnilne, nadaje się do konserwowania pewnych do gnicia skłonnych substancyj. Ze stanowiska sanitarno-policyjnego używać można do konserwowania artykułów żywności tylko substancyj dla organizmu ludzkiego całkiem obojętnych, które przy sporządzaniu konserwowanych artykułów żywności na pożywienie zupełnie oddzielić można przez płukanie lub gotowanie. Żadne aldehidy nie są jako nietrwałe połączenie chemiczne obojętne dla organizmu ludzkiego a mają zdolność do łączenia się z składnikami ciał, z któremi są zmięszane, tworząc najrozmaitsze połączenia chemiczne. To też formaldehid, rzadko zupełnie czysty wyrobiony, jako nieobojętny dla organizmu i trudny do oddzielenia od konserw, ze stanowiska

sanitarno-policyjnego nie może służyć ku temu celowi. (*Das österr. Sanitätswesen.* Nr. 28. 1894).

Dr. B. Komorowski.

E. Ludwig: **Łatwe metody wykazania barwików smołowych w farbowanych winach.**

Barwienie sztuczne win i innych artykułów żywności zapomocą rozmaitych przetworów, głównie anilinowych, otrzymanych przy destylacyi węgla, rozwinęło się tak z postępem czasu, iż wykrycie jego wymaga rozbioru przez chemika nader wprawnego a przezto usuwa się z pod nadzoru sanitarnego i urzędów cłowych. Dotychczas ogólnie praktykowana próba zapomocą rozczynu octanu ołowiowego zasadowego (*plumbum aceticum basicum*) i alkoholu amylowego nie wystarcza a jako konieczna okazuje się próba Cazeneuva zmodyfikowana przez Ludwiga. Polega ona na tem, że 10 cm.^{3} wina badanego w rurce odczynnikowej przez przeciąg jednej minuty mocno miesza się z 2 decygramami żółtego tlenku rtęci (*hydrargyrum oxydatum flavum*) i przelewa przez sączek potrójny, w wodzie destylowanej zamoczony. Zaczerwienienie płynu przesączonego jest dowodem obecności barwików smołowych w badanym płynie. (*Das österr. Sanitätswesen.* Nr. 28. 1894). *Dr. B. Komorowski.*

Terapia.

A. Jacobi: **Miejscowe leczenie błonicy.**

Miejscowe leczenie błonicy polega na:

a) bezpośredniem zniszczeniu błon zapomocą kamienia piekielnego, kwasu karbolowego, przyżegnięcia;

b) rozpuszczeniu ich zapomocą soli alkalicznych i pepsyny;

c) stósowaniu środków ściągających jak wody wapiennej, połączeń żelezistych;

d) podawaniu środków desinfekcyjnych jak chloranu potasowego, kwasu karbolowego, sublimatu.

Stósowanie leków w formie płukań i wdmuchiwań nie ma wielkiej wartości, bo do miejsc tych zajętych przez sprawę chorobową leki nie dochodzą a często wywołują wymioty. Bardzo poważną chorobą jest błonica nosa, wikłająca się z obrzmieniem gruczołów limfatycznych, wymagającem wczesnego zabiegu chirurgicznego lub z porażeniem mięśni połykowych a nawet oddechowych, potrzebujących wstrzykiwań strychninowych i leczenia prądem elektrycznym. Leczenie tej błonicy winno być nader troskliwe a polega na bardzo częstem oczyszczaniu i desinfekcyi jamy nosowej zapomocą odpowiednich maści lub przestrzykiwań. (*Therapeutic Gazette.* 15. Marca 1894). *Dr. B. Komorowski*

Zapiski terapeutyczne.

— H. Kowalski (w Tarnowie): Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki? (Rzecz czytana na VII. zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie). Autor przedstawiwszy z dostępnego sobie piśmiennictwa krytycznie obecny stan terapii błonicy gardła, przechodzi do kwestyi, czy odpowiada on postępom bakteryologii i anatomii patologicznej.

Do roku 1893. utrzymywano powszechnie, że laseczniki błonicze znajdują się tylko tam, gdzie powstają naloty. Dopiero Frischowi udało się wykazać laseczniki nie tylko we krwi serca, ale i w płynie wyciśniętym z narządów wewnętrznych jak płuc, śledziony, nerek i gruczołów limfatycznych a rezultaty jego badań potwierdził zupełnie Nowak w Krakowie. Miejscowego przeto leczenia błonicy nie można uważać za wystarczające. Pierwszy Guttmann a za nim Lax i Soltmann zalecali jeszcze w 1880. do 1882. chlorek pilokarpiny w błonicy, Warschauer w Krakowie potwierdził skuteczność tego leku a autor ogłosił jeszcze w r. 1881. rezultaty swych doświadczeń w tej mierze wykazując, że z 30 dzieci chorych na błonicę a leczonych tym środkiem wyzdrowiało 28, dodając zarazem w końcu swej pracy uwagę, że skoro obfity ślinotok skutkiem zadania kalomelu nie działa tak pomyślnie, jak ślinotok po chlorku pilokarpiny, to przypuścić należy, że chlorek pilokarpiny niszczy zarodniki błonicy.

Do wiadomości o fizyologicznem działaniu pilokarpiny polegającem głównie na wywoływaniu ślinotoku, potów i w drogach oddechowych płynnego śluzu przybyło poznanie wykrytej przez Jakscha w r. 1890. okoliczności, że chlorek pilokarpiny podobnie jak antyfebryna, antypiryna i nukleina sprowadza leukocytozę; z teoryi zaś Miecznikowa wiadomo, że ciałka krwi białe toczą walkę z bakteryami i że je pożerają. Ztąd też tłómaczy sobie autor skuteczność chlorku pilokarpiny użytego przez siebie w 132 przypadkach błonicy gardła nawet w tych rodzinach, w których na kilka dni przed leczonemi tym sposobem przypadkami umierały dzieci z błonicy.

Ażeby wyjaśnić tę skuteczność pilokarpiny a mianowicie przekonać się, czy u zwierząt zakażonych jadem błoniczym powstaje sama przez się leukocytoza tudzież czy chlorek pilokarpiny wstrzyknięty podskórnie już chorym na błonicę zwierzętom wywołuje leukocytozę, przedsięwziął autor szereg doświadczeń na zwierzętach w ten sposób, że 8 białym królikom mniej więcej jednakiego ciężaru wstrzyknięto po 5 podziałek strzykawki Pravazowskiej wodnego rozczynu dwudniowej, bulionowo-glicerynowej hodowli laseczników błoniczych w stósunku 1 : 9 wody wyjałowionej a umieściwszy je po cztery w osobnych klatkach, żywiono jednakowo wszystkie obficie sianem i owsem.

Następnego, trzeciego i piątego dnia wstrzyknięto czterem królikom przebywającym w jednej klatce każdym razem po 3 miligramy chlorku pilokarpiny. Po południu tegoż samego dnia obliczono przyrządem Thomy-Zeissa liczbę ciałek białych krwi i znaleziono w milimetrze sześciennym u królików zakażonych błonicą ciałek białych od 8500 do 9900, u zakażonych zaś błonicą i leczonych chlorkiem pilokarpiny od 12000 do 20000 również w milimetrze sześciennym.

Ze zestawienia tych liczb, jak i z uwzględnienia okoliczności, że prawidłowo bywa u królików ciałek białych w milimetrze sześciennym od 8000 do 10000, okazuje się 1) że w błonicy u królików nie ma leukocytozy i 2) że u królików zakażonych błonicą a leczonych chlorkiem pilokarpiny pojawia się leukocytoza.

Tą to leukocytozą po zadaniu chlorku pilokarpiny tłómaczyćby sobie należało według teoryi Miecznikowa skuteczność w błonicy tego leku, którego od 5 lat używa wytrwale w swej klinice pedyatrycznej w Krakowie prof. Jakubowski.

Autor zadaje chlorek pilokarpiny w formie rozczynu złożonego z dwóch centygramów tego leku, 60 gramów wody i 20 gramów koniaku, z czego zażywają chore dzieci co 2 godziny po łyżeczce od kawy. Żywi się je przytem forsownie mlekiem, rosołem, bulionem, daje im herbatę, spore dawki dobrego wina a z uwagi na to, że błonica najczęściej rozpoczyna się od nalotów, pomazuje je ostrożnie raz tylko 5% kwasem karbolowym a następnie zaleca wziewania 0·10 do 0·15‰ rozczynu sublimatu przyrządem Siegłowskim w dzień co dwie, w nocy co trzy godziny.

Autor zachęca przeto do doświadczeń z chlorkiem pilokarpiny w błonicy i uprasza o zdanie z nich sprawy na przyszłym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich (*Medycyna* 34. 1894).

— C. Uhma: O wstrzykiwaniu sublimatu wprost w żyły sposobem Baccellego. (Odczyt w sekcyi chorób skórnych i wenerycznych VII. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1894). Ze względu na dotychczasowe zapatrywania się naukowe na krzepnienie krwi zaczął autor od prób na zwierzętach. Z użytych do doświadczenia królików dwa padły w 30 godzin po wstrzyknięciu. Jeden ważący 565 dostał miligram, drugi ważący 523 gramy 3 mgrm. sublimatu. U obu pojawiły się w ostatnich godzinach życia biegunka a potem porażenie kończyn tylnych. Sekcya prócz zakrzepu krwi w żyłach użytych do

wstrzyknięcia nic nie wykazała tak, iż za przyczynę śmierci uważa autor zatrucie rtęcią. Reszta królików zniosła próby dobrze.

Po tych doświadczeniach zrobił autor próby na sobie samym i na sześciu kobietach chorych na kiłę.

Pieczenie po wstrzyknięciu ustępuje w ciągu 48 godzin, ale po wstrzyknięciu gramu 0·2% rozczynu sublimatu we wewnętrzną stronę uda lewego nosił autor jeszcze po 20 dniach guz, za uciskiem nieco bolesny, wielkości prawie jaja gołębiego.

O skuteczności leczenia sposobem, o którym mowa, autor nie może jeszcze wypowiedzieć swego zdania, gdyż w jednych przypadkach przerwano leczenie, w drugich prócz wstrzykiwania sublimatu używano i środków miejscowych przeciw zmianom kiłowym. Natomiast zwraca autor uwagę, że technika wstrzykiwań w żyły nie jest łatwa; nawet tam, gdzie mało podściółki tłuszczowej, łatwo chybić usuwające się z pod igły naczynie. (Por. Nr. 13. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.). *Medycyna*. 1. Września 1894.

— O. Lassar. Przyczynek do leczenia czerniaka (*melanoma*). Po przeglądzie krytycznym dotychczasowych spostrzeżeń, z których wypada, że czerniaki mogą długo całemi latami róść nadzwyczaj powoli i zostać zboczeniem czysto miejscowem a po urazie a nawet operacyi najoględniejszej nagle pojawić się w wielkiej, niekiedy niedającej się porachować liczbie w ustroju, zkąd droga operacyjna w usuwaniu czerniaków nie cieszy się ogólnem uznaniem, opisuje autor przypadek następujący, przez siebie samego spostrzegany.

Kobieta, trzydzieści kilka lat licząca, dotychczas zupełnie zdrowa spostrzegła w lecie r. 1893. u siebie poniżej prawego sutka w miejscu, gdzie brykla od sznurówki ocierała się o dawne znamię barwikowe, mały guzek w skórze. Guzek ten barwy czarniawej zaczął róść powoli w obwodzie. Usunięcie go galwanokauterem nie pomogło, gdyż wkrótce w miejscu rany zaczął ów nowotwór bujać na nowo i dosięgł w Październiku r. 1893. wielkości wiśni, mając w średnicy z góry na dół 1·9, w średnicy zaś od prawej do lewej 0·9 cm. długości. Powierzchnia jego była gruzłowata, barwa ciemnoczerwona z cętkami czarnemi. Pacyentka zrażona nieskutecznością pierwszej operacyi stanowczo odmówiła swego zezwolenia na drugą. Makroskopijnie przemawiało wejrzenie nowotworu za tem, iż jest on przybłoniakiem.

Ponieważ autor już dawniej przekonał się o skuteczności arszeniku w płaskich rakach skórnych, niedługo trwających, przeto i w tym przypadku postanowił go spróbować i zalecił zażywać wewnętrznie trzy razy dziennie po 5 kropel rozczynu:

109) Rp. *Solutionis kali arsenicosi*
Aquae menthae $\widehat{aa}$ *partes aequales.*

Już w pierwszych trzech tygodniach zaczął nowotwór zmniejszać się i zeszedł powoli do połowy swych poprzednich wymiarów. Chora przerwała leczenie i zgłosiła się do autora znowu dopiero w Lutym r. b. Tymczasem nowotwór powiększył się. Zalecono znów arszenik i nowotwór znów zmniejszył się, aby powiększyć się na nowo po ponownej przerwie w leczeniu. Dopiero w Kwietniu r. b. wzięto się do systematycznego leczenia arszenikiem, zawsze w tej samej dawce i uzyskano w końcu, iż nowotwór zginął zupełnie. Czarne znamię barwikowe wszakże utrzymało się a nawet nieco powiększyło.

Autor nie wysnuwa z tego spostrzeżenia wniosków zbyt daleko idących, zwraca jednak uwagę na tę rzeczywiście ważną okoliczność, iż nowotwór niewątpliwie złośliwy i, jak się pokazało, przez operacyą usunąć się nie dający, uległ zupełnemu wessaniu pod wpływem wewnętrznego zadawania arszeniku. (Osobna odbitka z *Dermatologische Zeitschrift* 1894).

— Jeżeli żołądek nie znosi salicylanu sodowego, radzi Bouchardat podawać go w łyżce stołowej wina kreozotowego przyrządzonego podług przepisu:

110)	Rp.	*Kreozoti fagini*	*6·00*
		Ttrae gentianae	*15·00*
		Spir. vini	*125·00*
		Vini rubri	*360·00*

— Przeciw bolesnym wzwodom prącia w przebiegu wiewióra (*gonorrhoea*) zalecają się pigułki:

111)	Rp.	*Camphorae tritae*	*2·00*
		Exti opii aquosi	*0·20*
		Exti et pulv. radd. liquiritiae $\widehat{aa}$ *q. s.*	
		F. l. a. pill. nro viginti.	

S. Kładąc się do łóżka zażywać po 3 lub 4 pigułki, co kwadrans po jednej.

IV. Ze szpitala o szpitalach.

I.

Brakuje mi zaledwie kilkunastu miesięcy, abym mógł o sobie powiedzieć, że od ćwierci wieku kieruję oddziałem chirurgicznym jednego z największych szpitali krajowych; mam przeto niezaprzeczone prawo do twierdzenia, że znam cokolwiek stósunki naszych szpitali. Pozwólcie zatem Szanowni Czytelnicy, abym z Wami na tej drodze pogawędził o tych stósunkach, spodziewając się, że słowa te przez weterana szpitalnika wypowiedziane zdołają zainteresować szerszą publiczność lekarską, będą pociechą i zachętą dla młodszych kolegów, miłem wspomnieniem dla starszych a może — *utinam verus sim vates* — trafią do przekonania i tych, którzy stojąc na straży spraw sanitarnych w kraju mają prawo i obowiązek do czuwania nad ciągłym ich postępem ku lepszemu.

Zastrzegając sobie kiedyś, jak Bóg pozwoli, na później głos w różnych sprawach szpitalnych, pragnę dzisiaj poruszyć jednę tylko z nich, lecz może najbardziej piekącą, najbardziej na czasie. Jest nią sprawa lekarzy pomocników szpitalnych czyli t. zw. sekundaryuszów.

Jakkolwiek niewątpliwą jest rzeczą, że lekarz naczelny (prymaryusz), czy to zawiadujący całym szpitalem, jak to n. p. bywa w szpitalach prowincyonalnych, czy też osobnym oddziałem większego szpitala (w Krakowie i we Lwowie) nadaje im właściwego rozgłosu, według tego, czy go sam posiada lub nie, tak z drugiej strony przyznać należy, że punkt ciężkości pracy szpitalnej tkwi nie w lekarzu naczelnym, lecz raczej w jego sztabie, to jest w lekarzach pomocnikach a przynajmniej bywa to tam, gdzie w ogóle o pracy mowa być może.

Dla przykładu opiszę tutaj zatrudnienie sekundaryuszów w swoim oddziale chirurgicznym. Wszyscy trzej mieszkają w samym pawilonie chirurgicznym i mają obowiązek porozumiewania się między sobą tak, żeby poza godzinami służbowemi zawsze był jeden z nich w domu (dyżur pawilonowy); nadto mają oświadczać portyerowi, gdzie ich w razie przypadku jakiego szukać należy. Oprócz tego pełni każdy z nich mniej więcej co dwa tygodnie służbę w sali przyjęcia przez 24 godzin (dyżur szpitalny).

Każdy ma sobie przydzielonych trzydzieści i kilka łóżek, nad któremi obejmuje rolę lekarza ordynującego, to jest prowadzi historye chorób, bada nowo przybyłych, zmienia opatrunki, wypisuje rekonwalescentów, załatwia sprawy administracyjne i t. p., co wszystko odbywa się przy pomocy

jednego praktykanta, przeważnie po południu między 4-tą a 7-mą godziną. Ranek cały od 8-mej do 1-szej a nieraz i dłużej przeznaczony jest na operacye, ambulatoryum i główną wizytę po salach chorych.

Dodawszy do tego zajęcia w laboratoryum i prosektoryach, następnie korespondencye z władzami i wykazy miesięczne i roczne, to cały dzień jest tak wypełniony zajęciami, iż zaledwie nieco pozostaje czasu dla osobistych interesów.

Gdyby więc nie usilna i mrówcza praca tego dzielnego zastępu młodych pracowników, musiałyby chyba przestać funkcyonować nasze szpitale, w których tysiące i tysiące chorych doznaje zdrowia, ulgi lub pociechy.

Licząc średnio na 20 chorych jednego lekarza pomocnika, potrzebaby do zaopatrzenia szpitala krakowskiego mającego dziennie około 650 chorych 32; my zaś mamy na to płatnych sekundaryuszów 13, bezpłatnych zaś praktykantów 10—12 czyli, że nam brakuje jeszcze 7—9 sił lekarskich, pomijając i tę okoliczność, że połowa lekarzy tych pracuje bezpłatnie i to nie, jakby się zdawało, po kilka miesięcy, lecz niekiedy po dwa lata i więcej, nim się doczeka wynagrodzenia w kwocie 500—600 złr.

Wszak każdy przyzna, że chyba to honoraryum nie może znów być tak silnym bodźcem do pełnienia tych ciężkich obowiązków lekarza pomocnika; muszą tego być głębsze jakieś przyczyny.

Pomijając chęć wiedzy i dalszego kształcenia się w praktycznym zawodzie lekarskim, do czego jedynie duże szpitale dają sposobność, uzbrajać mogą młodych adeptów sztuki lekarskiej w cierpliwość jedynie tylko lepsze widoki na przyszłość.

Horoskop młodego lekarza, który nie zamierza poświęcać się karyerze ściśle naukowej, lecz obrał sobie drogę praktyczną, roztacza się przed nim w dwóch kierunkach, albo w postaci wolnej a zawsze ponętnej praktyki lekarskiej, albo też jako stanowisko lekarza ordynującego w jakiejś instytucyi publicznej, jak szpitale powiatowe, koleje, fabryki, kasy chorych i t. p.

Co do pierwszej, to tutaj sprawa nie jest tak łatwą, jakby się zdawało; tutaj nie wystarcza posiąść naukę i doświadczenie, aby pozyskać sobie zaufanie publiki, która tak chętnie oddaje się na pastwę różnym znachorom, owczarzom, Matteim, Kneippom i t. p. naturalistom, potrzeba czegoś więcej — potrzeba do niej s z c z ę ś c i a a faktorem tego szczęścia najrzedziej bywa rozum, dowcip i zdolność, częściej blaga, jeszcze częściej szarlatanizm i bezczelność a najczęściej rzeczywisty, uosobiony faktor z pejsami, brodą i jupicą!

Dlatego też lekarze praktykujący w szpitalach krajowych o wiele więcej patrzą na to, aby dostać jednę z powyżej wymienionych posad publicznych, w ten sposób się dać poznać i wywalczyć to zaufanie, jeżeli nie u szerszej, to przynajmniej u inteligentniejszej publiczności.

Z tego wynika, że zarządy powyżej wymienionych instytucyj powinny przy obsadzaniu tych posad zwracać uwagę, aby w pierwszym rzędzie otrzymywali je tacy lekarze, którzy odbyli kilkoletnią praktykę w jednym z krajowych szpitali.

Przyznać należy, że dużo się zmieniło ku lepszemu, lecz możnaby jeszcze całe szeregi przytoczyć przypadków, w których przy obsadzaniu powyżej wymienionych posad pominięto lekarzy wykazujących się chlubnemi świadectwami z odbytej kilkoletniej i wielostronnej praktyki szpitalnej a zamianowano takich, którzy wprost z ławy szkolnej rzucili się w wir praktyki prywatnej, przyczem nie obeszło się bez wpływowych protektorów.

Już to protekcyi chyba nigdy nie pozbędziemy się, ale są protekcye — i protekcye. Protegować kogoś z pomiędzy równych sobie kwalifikacyami, jest zdaje mi się rzeczą godziwą, lecz forytować mniej ukwalifikowanych ze szkodą kilku lub kilkunastu zdolniejszych i lepiej ukwalifikowanych pozostanie zawsze rzeczą demoralizującą i jeden taki gorszący przypadek tkwi w umysłach głębiej, niż kilkanaście dobrych.

Od lat kilku objawia się wybitnie dążność, aby od każdego przyszłego lekarza wymagać jednorocznej do dwuletniej praktyki szpitalnej — myśl bardzo piękna i zbawienna, lecz nie tak łatwa do przeprowadzenia, jeżeli się zważy, że do tego nie wystarcza tylko sam ukaz, ale że potrzeba czegoś więcej jeszcze a przedewszystkiem odpowiedniej reformy i adaptacyi szpitali krajowych.

Zanim to się stanie upłynie jeszcze dużo czasu a na teraz nie pozostają nam jak środki paliatywne, mające na celu poprzeć żywszy napływ młodych lekarzy do szpitali krajowych; za takie zaś uważałbym stypendya dla niezamożnych a pilnością odznaczających się praktykantów, ustanowienie prac konkursowych szczodrze wynagradzanych a przedewszystkiem popieranie zawsze i wszędzie tych lekarzy, którzy się wykazać mogą kilkoletnią praktyką szpitalną.

Alfred Obaliński.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 13. Września 1894 r.

— **Otwarcie Wydziału lekarskiego we Lwowie.** Uroczyste otwarcie Wydziału lekarskiego we Lwowie przez N. Pana odbyło się w dniu 9. b. m. i r., według zapowiedzianego programu.

Zaraz po godzinie 9. rano poczęły ulicą Piekarską podążać liczne powozy, wiozące różnych dostojników, profesorów Uniwersytetu i reprezentantów świata lekarskiego do nowego gmachu Instytutu dla fizyologii, anatomii i histologii, znajdującego się przy ulicy Piekarskiej w równej linii ze szpitalem powszechnym. Około godz. 10-tej, przed gustownie udekorowanym budynkiem Instytutu, stała już kapela wojskowa a u wstępu do gmachu ustawiły się władze uniwersyteckie, komitet budowy Instytutu i dostojnicy. Po lewej stronie zajął mianowicie miejsce rektor prof. Ludwik Ćwikliński i dziekani trzech dotychczasowych wydziałów, oraz przedstawiciel nowego wydziału, prof. anatomii Dr. Kadyi — wszyscy w togach — wreszcie komitet budowy Instytutu. Po stronie prawej natomiast zajął miejsce arcyksiążę Leopold Salwator, JE. prezydent ministrów ks. Alfred Windischgrätz, JJEE. ministrowie margrabia Bacquehem, hr. Wurmbrand, hr. Falkenhayn, Dr. Madeyski, Jaworski, generalicya z komenderującym księciem Ludwikiem Windischgrätzem na czele, prezes Koła polskiego Filip Zaleski i naczelnicy władz.

Od wejścia do gmachu słuchacze Uniwersytetu tworzyli szpaler aż do sali głównej, w której wcześnie już ustawili się wszyscy profesorowie lwowskiego Uniwersytetu, reprezentanci innych Uniwersytetów, oraz dostojnicy i zaproszeni goście.

Sala ta, przyozdobiona uroczyście, przedstawiała się wspaniale. Od okazałego tronu, nad którym wznosił się wspaniały baldachim, utworzony z purpurowych draperyj,

w około ustawione były wazony kwiatów; wielką ścianę zdobiły portrety N. Pana, oraz Cesarza Józefa II. i Franciszka I. a posadzkę przykryły kosztowne kobierce. Lewą stronę sali zajęli profesorowie w togach, oraz przybrani w mundury reprezentanci innych Uniwersytetów, stronę prawą natomiast dostojnicy, zaproszeni goście i licznie zebrany świat lekarski. Przez otwarte podwoje do sąsiedniej sali, znajdującej się naprzeciw tronu monarszego, przypatrywały się uroczystości panie.

Do sali przybyli reprezentanci krakowskiej Akademii Umiejętności, prezes jej Dr. Stanisław hr. Tarnowski i sekretarz jeneralny prof. Stanisław Smolka, dalej rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Fryderyk Zoll, oraz dziekani i profesorowie tegoż Uniwersytetu: X. Pelczar, X. Spis, Bujwid, Jordan, Obaliński, Rydygier, Szajnocha, Gluziński, Cybulski, Sternbach, Trzebicky, Żuławski i Cyfrowicz; reprezentanci Uniwersytetu wiedeńskiego: Dr. Neusser i Dr. Chrobak, z Uniwersytetu w Gracu Dr. Borysiekiewicz, z Uniwersytetu w Czerniowcach rektor Dr. Handl i Dr. Skedl; z Politechniki lwowskiej: rektor Dr. Placyd Dziwiński, prof. Thullie i inni. Obok reprezentantów i profesorów Uniwersytetu zajęli miejsce także dostojnicy Kościoła a mianowicie: X. arcybiskup Issakowicz, X. metropolita Sembratowicz, biskupi X. Dr. Solecki, X. Dr. Pełesz i inni.

Po przeciwnej stronie stanęli: dygnitarze autonomiczni i rządowi, wielu radnych miasta Lwowa, reprezentanci prasy i młodzieży akademickiej i w. i.

O godzinie kwadrans na jedenastą kapela wojskowa zaintonowała hymn ludowy na znak, że przybywa Monarcha.

Zebrani przyjęli Monarchę trzykrotnym, pełnym entuzyazmu okrzykiem: Niech żyje! Berła uniwersyteckie pochyliły się a JM. rektor Ćwikliński, powitawszy Monarchę, wprowadził Go wraz z orszakiem do wnętrza gmachu. I tutaj witały Monarchę radosne okrzyki: Niech żyje! które wznowiły się, gdy N. Pan wszedł do wnętrza sali.

Monarcha podziękowawszy skinieniem głowy za serdeczne powitanie, stanął przed tronem. U boku N. Pana, cofnięty nieco wstecz, zajął miejsce p. Namiestnik a gdy JE. p. minister oświaty Dr. Stanisław Madeyski, dalej szef sekcyi Dr. Edward Rittner, wiceprezydent Rady szkolnej Dr. Michał Bobrzyński, oraz wszyscy, którzy oczekiwali przybycia Monarchy u wstępu do gmachu, zajęli miejsca i ustawili się, wystąpił JM. rektor Dr. Ludwik Ćwikliński i oddawszy Monarsze głęboki ukłon, z wielkiem przejęciem przemówił po niemiecku, jak następuje:

Wasza Cesarska i Królewska Apostolska Mość!

Niech mi będzie wolno imieniem grona nauczycielskiego i uczącej się młodzieży tutejszego Uniwersytetu powitać w tych progach Waszą Cesarską Mość z czcią głęboką i uczuciem wdzięcznej radości. Najłaskawsze przybycie Waszej Cesarskiej Mości nadało dzisiejszej uroczystości znaczenie święta, jakiego nie zapisały dotąd roczniki naszego zakładu naukowego. Solenne otwarcie właśnie postawionego budynku kieruje wprawdzie myśli i życzenia nasze przedewszystkiem ku wiele rokującej przyszłości, ale równocześnie zwraca się oko także ku przeszłości, która zamyka się z dniem dzisiejszym. Losy naszej wszechnicy, błogiej w skutki fundacyi wspaniałomyślnych Przodków Waszej Ces. Mości, w przeszło stuletnim przebiegu, opowiedziane są w tem dziele, skreślonem na uroczysty dzień dzisiejszy. Ośmielamy się złożyć je w hołdzie Waszej Ces. Mości, z najpokorniejszą prośbą o łaskawe przyjęcie. Ożywcze promienie ojcowskiej troskliwości Waszej Ces. Mości i niewyczerpanej łaski, która dała całemu krajowi, obu jego ludom siłę nowego rozwoju, obudziły także we lwowskim Uniwersytecie świeże życie i gorętszą działalność.

Przejęci wdzięcznością przypominają sobie nauczyciele i uczniowie za każdym wykładem wielkoduszne i pełne mądrości postanowienie Waszej Ces. Mości, pozwalające nam udzielać nauk w ojczystych językach. Nowo utworzone katedry i nowe instytuty świadczą o tem, jak żywy udział bierze Wasza Ces. Mość w rozwoju tego ogniska zachodniej kultury. A nadto w tej oto na zawsze pamiętnej dla nas chwili, raczy Wasza Ces. Mość otwarciem Wydziału lekarskiego we własnej Najwyższej osobie szlachetne dzieło uwieńczyć. Tak zatem to, co w Bogu spoczywający Cesarz Franciszek przy odnowieniu Uniwersytetu w roku 1817. pozostawił szczęśliwszym czasom, dokona się dzisiaj dzięki miłościwej i najżyczliwszej łasce Waszej Cesarskiej Mości; czego przez dziesiątki lat nie dostawało naszej wszechnicy, osiąga ona potężnem słowem łaski monarszej. Dla umiejętności otwiera się nowe rozległe pole, na którem teorya i praktyka podają sobie wzajemnie dłonie, aby zbadać niezmierzony obszar natury a nawiedzanej niezliczonemi cierpieniami ludzkości nieść pomoc i ulgę. Z nowego zakładu naukowego wyjdą uczniowie sztuki lekarskiej, którzy gorliwie pracować będą nad poprawieniem stosunków sanitarnych tego kraju, nad wzmocnieniem jego sił roboczych i podniesieniem przez to jego dobrobytu.

Siłą tych wszystkich dobrodziejstw rozgorzały serca nasze. Przynosimy Waszej Cesarskiej Mości, co dać możemy: słowa najpokorniejszej wdzięczności, której echem rozbrzmiewa kraj cały; ślubujemy wierność Waszej Cesarskiej Mości i Najdostojniejszemu Domowi cesarskiemu; przyrzekamy pewnie ku temu dążyć, aby ten Uniwersytet zawsze szczęśliwie spełniał ważne swoje zadania.

Przejęci temi życzeniami i uczuciami, prosimy Waszej Cesarskiej Mości o ogłoszenie Wydziału lekarskiego za otwarty i spuszczenie zawornika tego budynku a równocześnie wznosimy z pełnego radości serca okrzyk: Jego Cesarska i Królewska Apostolska Mość, nasz Najłaskawszy Pan i Cesarz Franciszek Józef I. Niech żyje!

Okrzyk: Niech żyje! powtórzono z nieopisanym zapałem trzykrotnie, kapela zaintonowała hymn ludowy a gdy okrzyki się uspokoiły, przemówił Monarcha w te słowa:

Cieszy mnie, że mogę położyć zawornik tego gmachu a tem samem otworzyć wydział lekarski, którego utworzenie od dawna było żywem pragnieniem kraju i Uniwersytetu.

Złożony mi przez panów wyraz wdzięczności i lojalności przyjmuję z zadowoleniem i oczekuję z ufnością, że Uniwersytet ten, obecnie już całkowity, tem skuteczniej współdziałać będzie w postępie umiejętności i po wszystkie czasy dążyć do spełnienia swego zadania dla dobra obu ludów, szukających tu duchowego wykształcenia.

Po tych słowach usiadł Monarcha przy przygotowanym stole i podanem sobie przez rektora srebrnem piórem położył na akcie fundacyjnym własnoręczny podpis łaciński: *Franciscus Josephus.* Akt ów spisany jest w języku łacińskim, na pergaminie, w następującej osnowie:

„*Sua Caesarea ac Regia Apostolica Majestas Augustissimus ac Potentissimus Imperator Franciscus Josephus I. Summo decreto A. D. VIII. Kal. Nov. A. 1891. facto medicinae studiorum facultatem in C. R. Universitate litterarum Leopolitana anno 1805 sublatam inde ab initio anni scholastici 1894—1895. propitio Animo denuo institui iussit. Cuius facultatis aedificiorum hoc primum ad collocanda instituta anatomicum, physiologicum, histologicum sumptu aerarii publici impensa civitatis Leopolitanae adiuti an. 1893. et 1894. exstructum est. Idem Clementissimus ac Sapientissimus Imperator Leopolim Regnorum Galiciae et Lodomeriae caput mense Septembri An. 1894. praesentia Sua ornare dignatus hodie hunc lapidem ultimum posuit et medicinae studium solemniter aperuit. In cuius rei fidem et testimonium Nomen Suum subscripsit. Leopoli A. D. V. Id. Sept. MDCCCXCIV.*“

Monarcha przyjął także oprawioną wspaniale Księgę pamiątkową, zawierającą *Historyę Uniwersytetu lwowskiego 1784—1894.*, napisaną, jak wiadomo, przez prof. Ludwika Finkla i Stanisława Starzyńskiego.

Następnie w towarzystwie JE. p. ministra oświaty Dra Stanisława Madeyskiego, JE. p. Namiestnika, dalej Dra Rittnera, JM. rektora Uniwersytetu Dra Ćwiklińskiego, prof. Kadyiego — który został Najjaśniejszemu Panu przedstawio-

ny — oraz radcy budownictwa Braunseisa, zwiedził Monarcha nowy gmach a tymczasem chór Lutni odśpiewał stosowną kantatę.

Teraz miała się odbyć uroczystość wmurowania aktu fundacyjnego i kamienia węgielnego. Odpowiedni otwór przygotowano na pierwszej platformie schodów, tuż pod tablicą pamiątkową, której napis opiewa:

„Za miłościwego panowania Najjaśn. Cesarza i Króla Franciszka Józefa I. Wielkodusznego Odnowiciela wydziału medycznego, gmach ten wzniesiony został MDCCCXCIV".

W przygotowany otwór włożono puszkę szklaną, zawierającą akt fundacyjny, podpisany przed chwilą przez Najjaśniejszego Pana. P. architekt Lewiński trzymał na srebrnej tacy srebrną miednicę napełnioną wapnem, radca zaś budownictwa Braunseis na złotej tacy kielnię i młotek ze złotą głową.

Najj. Pan przystąpiwszy do otworu, ujął kielnię i nabrawszy wapna zalał niem wgłębienie, w którem znajdowała się puszka z aktem fundacyjnym a następnie, gdy wgłębienie to założono cegłami, ujął młotek i uderzył nim po trzykroć w kamień, tworzący zawornik.

Najj. Pan, żegnany przez chór Lutni ponownie kantatą, przez zebranych pełnymi prawdziwego, entuzyastycznego zapału okrzykami: Niech żyje! a przez orkiestrę wojskową hymnem ludowym, opuścił gmach. Wychodząc, złożył towarzyszącemu mu do progów gmachu JM. rektorowi życzenia, aby uzupełnienie Uniwersytetu wyszło na dobro kraju.

Najj. Pan wsiadł do powozu z JE. p. Namiestnikiem i powrócił do swojej rezydencyi.

Dalszy ciąg uroczystości otwarcia wydziału lekarskiego przeniósł się teraz do auli głównego gmachu uniwersyteckiego, przy ul. św. Mikołaja. Gdy tutaj wszyscy profesorowie Uniwersytetu i reprezentanci innych wszechnic zajęli miejsca, podziękował rektor Dr. Ćwikliński zebranym za wzięcie udziału w uroczystości, podnosząc przy tej sposobności, że dzięki obecności Najj. Pana otwarcie nowego wydziału wśród niezwykle szczęśliwych odbyło się auspicyj.

Następnie złożył rektor uniwersytetu krakowskiego, Dr. Zoll uniwersytetowi lwowskiemu życzenia w imieniu prastarej Wszechnicy Jagiellońskiej, przyczem zaznaczył, iż nie wątpi, że ręka Najj. Pana zawsze tak szczęśliwa, ile razy się dotknie naszych spraw, i tem położeniem kamienia węgielnego przysporzy szczęścia nowemu wydziałowi.

Z kolei w długiej przemowie niemieckiej skreślił prof. Chrobak z Wiednia zadania medycyny i nauki w ogóle, nauki, która jedna nie zna różnicy ras i narodowości i do wspólnych dąży celów. — Mowca składa życzenia w imieniu wiedeńskiego wydziału lekarskiego i uniwersytetu. Te same życzenia po polsku wyraził ziomek nasz, profesor Neusser z Wiednia.

Z kolei przemawiali: profesor Borysiekiewicz w imieniu Uniwersytetu w Gracu; rektor Handl w imieniu Uniwersytetu w Czerniowcach a prof. Rydygier w imieniu wydziału lekarskiego w Krakowie. — W imieniu Akad. Umiej. krak. przemawiał prezes jej hr. Stan. Tarnowski a życzenia jego odnosiły się mianowicie do tego, aby duch panujący pomiędzy młodzieżą lwowskiej *Almae Matris* był zawsze zdrowym. — Rektor Politechniki Dr. Dziwiński złożył życzenia w imieniu Szkoły politechnicznej a następnie w dłuższem przemówieniu składał prof. Czyżewicz życzenia Towarzystw lekarskich, krajowej Rady zdrowia i prywatnych lekarzy, a skreśliwszy przytem historyę powstania wydziału, podziękował Reprezentacyi kraju i miasta za to, że nie szczędziły ofiar na powstanie wydziału. — Z kolei przemawiał prof. Szpilman w imieniu szkoły weterynarskiej, a po nim akademicy Pieracki po polsku a Sterkowski po rusku.

Radca dworu, prof. Piętak odczytał następnie pisma i depesze gratulacyjne od rektorów i senatów Uniwersytetów: czeskiego i niemieckiego w Pradze i od Uniwersytetu w Insbruku, tudzież od osób prywatnych.

Rektor Ćwikliński podziękował następnie jeszcze raz wszystkim, którzy życzeniami swemi i obecnością uświetnili chwilę uroczystego otwarcia Wydziału lekarskiego, oraz rządowi, który poparciem i opieką swą powstanie tego wydziału i uzupełnienie naszej Wszechnicy ułatwił. Na tem zakończyła się uroczystość.

— Postanowieniem z dnia 28. Sierpnia nadał Cesarz profesorowi anatomii w Uniwersytecie Jagiellońskim, Drowi Ludwikowi Teichmannowi, przechodzącemu na emeryturę tytuł Radcy Dworu i zamianował Dra Kazimierza Kostaneckiego, nadzwyczajnego profesora anatomii porównawczej w Uniwersytecie Jagiellońskim, zwyczajnym profesorem anatomii w tymże Uniwersytecie.

— Reprezentantem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w uroczystości otwarcia Wydziału lekarskiego we Lwowie był doc. Dr. Trzebicky; redakcya zaś *Przeglądu lekarskiego* wysłała na ręce Rektora Uniwersytetu lwowskiego, prof. Dra Ćwiklińskiego telegram gratulacyjny.

— Następny kongres higieniczno-demograficzny ma odbyć się w Madrycie.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Charlottenburgu pod Berlinem w dniu 8. b. m. i r. w 73. roku życia słynny fizyolog i fizyk ***Herman Helmholtz,*** wynalazca wziernika ocznego. — W dniu 5. b. m. w Szczawnicy w 66. roku życia Dr. **Józef Doskowski**, były lekarz kolejowy w Krakowie a od 30 lat przeszło lekarz zdrojowy w Szczawnicy. — W Buenos Ayres Dr. **Józef Helle**, Warszawianin. — W Warszawie w dniu 10. b. m. i r. w 56. roku życia Dr. **Henryk Bernard**, lekarz miasta Warszawy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 22. Września 1894 r. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9, Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. O stósowaniu mydła kalomelowego w leczeniu przymiotu.

Podał

Dr. Watraszewski,

lekarz naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Na początku zeszłego roku ogłosiłem krótką wzmiankę[1]), tyczącą się stósowania mydła kalomelowego w przymiocie. Niech mi wolno będzie obecnie przedstawić dalsze spostrzeżenia w tym względzie.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, pozwolę sobie dotknąć w kilku słowach kwestyi wchłaniania przez skórę nierozpuszczalnych związków rtęci.

Zarówno kalomel, jak i inne nierozpuszczalne związki rtęci, stósowane naskórnie, są w stanie wniknąć w ustrój i zadziałać nań swoiście. Jestto rzeczą nie ulegającą wątpliwości, bez względu na zarzuty podnoszone przeciw temu na zasadzie rozumowań teoretycznych i bez względu na gołosłowne twierdzenia, w ostatnich zwłaszcza czasach wypowiadane i utrzymujące, iż to jest niemożebnem.

Odpowiednie spostrzeżenia usuwają pod tym względem wszelkie wątpliwości.

Niejednokrotnie zdarzyło mi się obserwować objawy merkuryalizmu u dzieci i u dorosłych, u których z przyczyny *pediculosis capillitii* (t. j. przy zdrowej, nieuszkodzonej skórze) stosówali koledzy maść z białym precypitatem rtęci. Pamiętny mi jest również przypadek objawów ostrego zatrucia rtęcią z bardzo ciężkim przebiegiem, po zapudrowaniu z powodu *phthiriasis pubis* żółtym tlennikiem rtęci[2]).

Wspomniałem w swoim czasie także, iż lekkie objawy przymiotu ustępują przy dłuższem noszeniu pończoch napudrowanych kalomelem lub białym precypitatem i że tym sposobem posługuję się czasem w odpowiednich przypadkach[1]).

Przekonywa nas o tem wreszcie plaster kalomelowy, zalecony przez Quinquauda: *Calomelan. 50·0, Empl. diachyli simpl. 25·0, Olei ricini 15·0).* Plaster ów, rozsmarowany na płótnie, nalepia się i nosi na zdrowej skórze w formie kawałka wielkości mniej więcej 15 centymetrów kwadratowych; wywołuje on często opuchnięcie dziąseł już na drugi dzień po zastósowaniu.

Zauważyłem przytem, iż powyższy skutek następuje tylko w najbliższym czasie po zastósowaniu świeżego kawałka plastra i że pomimo, iż w dalszym ciągu plaster pozostawał na miejscu, mimo to nie wywołuje on zwiększenia się objawów merkuryalizmu a przeciwnie spuchnięcie dziąseł ustępowało w zupełności w stosunkowo krótkim czasie.

Powyższe okoliczności stanowiące przedewszystkiem, jak wspomniałem, dotykalny dowód, iż nierozpuszczalny kalomel doskonale wchłania się przez skórę, wskazują następnie, iż przy stósowaniu kalomelu w formie plastra Quinquauda jedynie tylko najpowierzchowniejsze warstwy plastra, t. j. bezpośrednio w styczności ze skórą zostające, są w stanie wywołać pewien skutek. Z wchłanianiem się kalomelu bezpośrednio przylegającego do skóry kończy się i działanie swoiste plastra a dalsze jego warstwy zupełnie nie dochodzą do działania. Chcąc zatem otrzymać działanie ciągłe, wypadałoby zmieniać plaster co 24 godzin, co połączone byłoby z niepotrzebną stratą znacznych ilości kalomelu i uczyniłoby kuracyę samą niepomiernie kosztowną.

Mając na uwadze powyższe względy, starałem się wprowadzić kalomel innym sposobem w ścisłą styczność ze skórą a mianowicie przez wcieranie go po dokładnem zmięszaniu z odpowiedniem nosidłem w skórę, na podobieństwo znanych preparatów, zawierających w sobie rtęć metaliczną.

Doświadczenia otrzymane z mydłem merkuryalnem (*Oberlaender*), którem posługuję się oddawna, i wyższość jego

[1]) Watraszewski: Mydło kalomelowe w leczeniu przymiotu, *Przegląd lekarski*, 1893, Nr. 14; *Allg. Medic. Centralzeitung*, 1893, Nr. 29.

[2]) Analogiczny przypadek ogłoszony był również w *Semaine Médicale*, 1887 r.

[1]) Sprawozdanie z sekcyi chorób wener. i skórnych X. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Berlinie 1890 r.

pod wieloma względami nad szarą maścią, były przyczyną, iż uważałem za właściwe połączyć kalomel nie z tłuszczem, czego zresztą już próbowano, lecz z odpowiednio przygotowanym preparatem mydlanym. Mydło samo przez się zmiękcza skórę, następnie nie pozostawia uczucia tłustości na skórze, nie rozkłada się i nie ma wtedy wielce nieprzyjemnego zapachu zjełczałego tłuszczu, którym zwłaszcza w lecie przechodzi całe ubranie chorego. Najważniejszą zaś zaletą mydła jest, iż wciera się znacznie prędzej i łatwiej, aniżeli wszelkie tłuszcze.

Rozumie się samo przez się, iż im substelniejszym jest kalomel, t. j. im cząsteczki jego są drobniejsze, tem łatwiej będą one mogły wejść w ścisłą styczność ze skórą i jej dodatkami i tem prędzej nastąpi wchłanianie kalomelu. Należy zatem używać chlorku rtęci z natury swej już jak najsubtelniejszego a tym jest *calomelas vapore paratum*. Oprócz tego, zanim jeszcze kalomel zostanie zmięszany z mydłem, należy go w tymże samym celu poddać manipulacyi, zwanej przez aptekarzy technicznie *bejtlowaniem*, czyli po prostu przesianiem przez cienki muszlin [1]).

Mydło kalomelowe przyrządza się przez staranne zmięszanie kalomelu w ten sposób przygotowanego z czystem mydłem potasowem w stósunku 1 : 2 lub 1 : 3 [2]) i przedstawia się w postaci miękkiej masy koloru białawego z szarym odcieniem. Mydło zaś potasowe, służące również za podstawę dla mydła szarego merkuryalnego (Oberlaender), otrzymuje się za pomocą działania ługu potasowego na świeżą oliwę prowancką aż do utworzenia się chemicznie czystego związku, mydła, które odpowiednio zgęszczone przez odparowanie przedstawia się jako ciało ze słabym mydlanym zapachem, z koloru i konsystencyi do czystej waseliny najwięcej podobne. Nadmieniam, że przygotowanie dobrego mydła nie jest zbyt łatwem i wymaga pewnej wprawy [3]).

Pomijam różne szczegóły tyczące się mydła kalomelowego oraz technikę stósowania go, jako opisane już szczegółowo w powyżej wzmiankowanych mych publikacyach a wspomnę tylko, iż do wtarcia całej ilości mydła kalomelowego, użytej do jednej frykcyi i wynoszącej od 4·0—5·0 i więcej gramów, potrzeba około 15 minut czasu, jeśli dokonywa go wprawna ręka. Chorym, którzy sami sobie nie mogą lub nie życzą robić wcierań, może je robić druga osoba. Należy wtedy po zarobieniu mydła z wodą i zamienieniu go w pianę, rozprowadzić ją po danej okolicy i za pomocą lekkich uderzeń pelotą z góry wbijać niejako mydło w skórę.

Ilość mydła kalomelowego do jednej frykcyi musi być większą od zwykle używanych w tym celu ilości przetworów zawierających wolną rtęć metaliczną (szarej maści i szarego mydła), ponieważ jedyną, jak się zdaje drogą, którą następuje wchłanianie kalomelu, jest skóra. Wchłanianie rtęci przez drogi oddechowe, które tak niepoślednią gra rolę przy stósowaniu wzmiankowanych przetworów (Welander), zdaje się, iż przy mydle kalomelowem w rachubę branem być nie może.

Ponieważ przeprowadzenie kuracyi mydłem kalomelowem wypada trochę drożej, aniżeli za pomocą szarej maści, ze względu na kosztowną oliwę prowancką, to ostatnią można zastąpić zwykłą oliwą *(oleum olivarum commune)*, także olejem lnianym lub rzepakowym. Mydła kalomelowe przyrządzone z temiż olejami są ciemniejsze i mają woń zbliżoną do woni zwykłego szarego mydła. Wcierają się jednak te mydła równie dobrze, jak i tamte i nie walają skóry ani bielizny.

Ważną zaletą mydła kalomelowego jest, iż doskonale znosi je skóra i że nie sprawia jej podrażnienia. W jednym tylko dotychczas przypadku przyszło do lekkiego zadraźnienia skóry, które po chwilowej przerwie w stósowaniu mydła ustąpiło szybko.

Przechodząc obecnie do wyników leczniczych, nadmieniam, iż we wszystkich przypadkach, w których stósowano mydło kalomelowe, wyraźnie znikały objawy swoiste, choć w ogóle działanie swoiste mydła jest mniejsze, aniżeli przetworów zawierających rtęć metaliczną. Gdy większość wysypek różyczkowych dość szybko ustępowała i chorzy po 30—40 frykcyach po 5·0 *saponis calomelanos fortioris* mogli być uważani za czasowo wyleczonych, zauważyłem w pewnych przypadkach oporność w ustępowaniu wzmiankowanych objawów tak, iż wypadało wzmocnić działanie swoiste za pomocą od czasu do czasu stósowanych wstrzykiwań podskórnych lżejszych preparatów rtęciowych. Toż samo da się powiedzieć o wysypkach guzkowych, które, jak wiadomo, i w zwykłych okolicznościach najdłużej opierają się każdej kuracyi i do usunięcia najwięcej potrzebują czasu.

Późne formy można było doprowadzić do ustąpienia, względnie wyleczenia, bez uciekania się do pomocy przetworów jodowych. Korzystne działanie mydła kalomelowego obserwowałem także w kilku przypadkach zapalenia tęczówki *(iritis)*, z których większa część należała do okresu przymiotu wczesnego a jeden do późnego. We wszystkich przypadkach nastąpiło wyleczenie w krótkim stósunkowo czasie przy stósowaniu wcierań i użyciu miejscowem atropiny.

Ani czas ani miejsce nie byłyby odpowiednie do przedstawienia historyi chorób osób, u których stósowano mydło kalomelowe; dlatego pozwalam sobie streścić doświadczenia swoje w następujący sposób:

Mydło kalomelowe daje nam możność przeprowadzenia kuracyi w lżejszych przypadkach przymiotu w sposób skuteczny i dla chorych wielce wygodny, pozwalając im zachować w zupełnej tajemnicy zarówno chorobę, jak i jej leczenie.

W przypadkach, przedstawiających pewną uporczywość w ustępowaniu objawów należy, jak wspomniałem już, wzmacniać działanie swoiste przez równoczesne wprowadzanie rtęci do ustroju inną drogą: 5 do 10 injekcyj sublimatowych po 0·015—0·020, dokonywanych w kilkudniowych odstępach, w związku z 25—30 frykcyami — wystarczało mi wtedy w przybliżeniu do osiągnięcia potrzebnego skutku.

W przypadkach przymiotu ciężkich, zwłaszcza przy zajęciu ośrodków nerwowych, jednem słowem tam, gdzie chodzi o szybkie i energiczne działanie rtęci, mydło kalomelowe nie kwalifikuje się do użycia.

[1]) Czynność ta polega na tem, iż kalomel zawija się w kilka warstw cienkiego muszlinu i wiesza się w formie węzła w dużym słoju z pokrywką, mniej więcej w połowie wysokości słoja. Za pomocą odpowiedniego poruszania słoja węzeł wchodzi w ruch wahadłowy i uderza kolejno o ściany naczynia, w skutek czego kalomel wysiewa się w formie bardzo delikatnego pyłu przez pory muszlinu i osiada na dnie słoju.

[2]) W ostatnich czasach posługuję się wyłącznie preparatem mocniejszym, t. j. w stósunku 1 : 2.

[3]) Doskonałe mydło kalomelowe w Warszawie wyrabiają pp. mag. farm. Wenda i Wiorogórski.

Nadmieniam, iż doświadczenia z tymże preparatem robione w klinice chorób wenerycznych profesora Stukowenki w Kijowie, i zakommunikowane w sekcyi dla tychże chorób na V. Zjeździe lekarzy rosyjskich w roku bieżącym w Petersburgu przez Dra Grycuna do takichże samych doprowadziło wniosków [1]).

Rozbiory chemiczne moczu u osób leczonych mydłem kalomelowem wykazywały stale wyraźne ślady rtęci.

Warszawa 20. Lipca 1894.

II. Z kliniki ginekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

Ventrofixatio uteri.

Odczyt w sekcyi ginekol. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Podał

Dr. Ludwik Świtalski,

II. asystent tejże kliniki.

Jedno z najczęstszych zboczeń w częściach rodnych, dla których chore zasięgają porady lekarskiej, stanowią tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy. W klinice krakowskiej na 4492 chorych, leczących się ambulatoryjnie w ostatnich pięciu latach, było 654 przypadków zboczeń w położeniu macicy ku tyłowi a więc 14·5%. Sänger [2]) podaje 15·14% a Löhlein [3]) 17·18%. W naszej statystyce nie wliczono jednak przypadków, w których zboczenie w położeniu macicy sprawiły guzy z macicy lub jajników wychodzące.

Leczenie mechaniczno-resorbcyjne, przeważnie w przypadkach zboczeń macicy ku tyłowi stósowane nie rzadko zawodzi, lub też rozłożone na długi przeciąg czasu, nie daje się przeprowadzić u osób niezamożnych, żyjących z pracy rąk. Dla tego też nic dziwnego, że w ostatnich dziesiątkach lat wystąpiła dążność do leczenia operacyjnego, które w wielu przypadkach, gdzie leczenie mechaniczne nie prowadzi do celu, przynosi należyty skutek lub też w krótkim czasie uwalnia chorą od przypadów, czyniących ją niezdolną do pracy zawodowej.

Sänger [4]) podaje, że 20% zboczeń macicy ku tyłowi nie daje się wyleczyć krążkami. Küstner [5]) w przeciągu niespełna dwóch lat z pomiędzy 29 tyłozgięć macicy ustalonych, w 10 przypadkach nie mógł oddzielić zrostów i te przypadki według niego nadawały się do leczenia operacyjnego od strony jamy brzusznej. Według Spätha [6]) z 397 przypadków tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, leczonych w latach 1883—1887 w klinice Prochownicka było 7·3%, które opierały się wszelakiemu leczeniu mechanicznemu. I kiedy dawniej po wyczerpaniu leczenia mechanicznego musiano zadowolnić się leczeniem przypadowem, dzisiaj na drodze operacyjnej staramy się sprowadzić wyleczenie. Pierwszy Alquié w r. 1840. powziął myśl usunięcia tyłozgięcia macicy przez skrócenie więzadeł okrągłych. Myśl tę jednak wprowadzili w wykonanie dopiero w latach 1881. i 1882. dwaj angielscy lekarze, Alexander i Adams, którzy w ten sposób zrobili cały szereg operacyj z dobrym skutkiem. Trudności techniczne w wyszukaniu nieraz bardzo słabo rozwiniętych więzadeł okrągłych poza przewodem pachwinowym i niepewne wyniki stoją na przeszkodzie rozpowszechnieniu się tej operacyi. Twierdzenie Gelpkego [1]), jakoby badaniem skombinowanem można się było przekonać o rozwoju więzadeł okrągłych i w ten sposób przez dobieranie odpowiednich przypadków upewnić się w danym razie o dobrym wyniku, wydaje mi się nieprawdopodobnem. W klinice wykonaliśmy operacyę Alexandra-Adamsa dwa razy: przy macicy tyłozgiętej wolnej i przy częściowem wypadnięciu macicy tyłozgiętej. W obu przypadkach leczenie krążkami nie dało się przeprowadzić, gdyż macica pomimo krążka opadała zaraz napowrót ku tyłowi. Przeprowadzenie zabiegu w obu razach nie napotkało na znaczniejsze trudności. W jednym jednak przypadku przy oddzielaniu od tkanek sąsiednich naciągniętego więzadła otwarto jamę otrzewnową, co jednak pozostało bez wpływu tak na przebieg, jak i wynik pooperacyjny, który w obu przypadkach w miesiąc po operacyi był bardzo dobry; czy na długo, dopiero dalsza obserwacya wykaże. Że wyszukanie więzadeł okrągłych poza zewnętrznym pierścieniem przewodu pachwinowego jest nieraz trudnem lub nawet niemożliwem dla zbyt słabego ich rozwoju, o tem miałem sam sposobność przekonać się przy kilkakrotnem wykonywaniu tej operacyi na zwłokach.

Inne sposoby leczenia operacyjnego tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy poczęły się rozwijać w dwóch kierunkach: gdy jedni usiłowali ustalić macicę od strony pochwy ku przodowi a nawet przez otwartą zatokę Douglasa wprzód porozrywać zrosty łączące macicę z sąsiedztwem, to drudzy starali się tego samego dokonać od strony jamy brzusznej. Pierwsze usiłowania leczenia operacyjnego od strony pochwy datują się od roku 1850., kiedy Amussat w celu wyleczenia przodopochyleń i tyłopochyleń macicy przeżegał błonę śluzową odpowiedniego sklepienia, chcąc przez to wywołać bliznę, któraby macicę utrzymywała w należytem położeniu. Richelot polecał przyszycie tylnej ściany szyjki do tylnej ściany pochwy po odświeżeniu przeciwległych powierzchni. Courty zmodyfikował ten sposób, starając się przez przyżegania wywołać zrosty. Metody te podobnie jak Rabenaua [2]), Nicoletissa [3]) i Loewenthala [4]) mają jednak znaczenie więcej teoretyczne.

Podana przez Schückinga [5]) w r. 1886. *vaginaefixatio uteri*, polegająca na ustaleniu odprowadzonej macicy przez wywołanie zrostów między nią a fałdem zatoki pęcherzowo-macicznej dla często wydarzających się obrażeń pęcherza a możliwych obrażeń jelit (Sänger, Hartmann) i moczowodów (Gläser) nie mogła znaleść wielu zwolenników. Liczne modyfikacye tej operacyi jak Törngrena [6]), Zweifla [7]), jak również na tej samej zasadzie polegające operacye Dührssena [8]) i Mackenrodta [9]) są jeszcze za nowe a wyniki za świeże, aby o nich wydać można sąd stanowczy.

---

[1]) Sprawozdanie z posiedzeń V. Zjazdu lekarzy rosyjskich w Petersburgu 1894 r.
[2]) Centralblatt f. Gynäk. 1888.
[3]) Zeitschrift f. Geburtsh u. Gynäk. Bd. VIII.
[4]) Centralblatt f. Gynäk. 1888. Nr. 2.
[5]) Sammlung klin. Vorträge. 1890. Nr. 9.
[6]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1888. Nr. 37.

[1]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. XXVI. s. 334.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift. 1886. s. 284.
[3]) Pozzi: Lehrbuch der klin. u. operativ. Gynäk. 1892. s. 511.
[4]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.
[5]) Centralblatt f. Gynäk. 1888. s. 181.
[6]) Dissert. v. J. Esser: Zur Therapie der Retroflexio uteri.
[7]) Centralblatt f. Gynäk. 1890. Nr. 39.
[8]) Centralblatt f. Gynäk. 1892. s. 293.
[9]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.

Liczne metody operacyjne, jak Freunda[1]), Stratza[2]), Herricka[3]), Boisleuxa[4]) *(elythrotomia intraligamentaris)*, w których starano się utrzymać macicę ku przodowi przez ustalenie szyjki ku tyłowi bądź przez skrócenie więzadeł tylnych *(ligamenta recto-uterina)*, bądź przez bezpośrednie przytwierdzenie szyjki do otrzewny ściennej *(retrofixatio colli)* i zniszczenie zatoki Douglasa a w razie istnienia zrostów między macicą a tylną ścianą miednicy wprzód je oddzielić, nie mogą zadowolnić dla trudnego dostępu, niedokładnego odsłonięcia pola operacyjnego a ztąd możliwości zranienia organów sąsiednich.

Schultze[5]), który był zwolennikiem powyższego sposobu operacyjnego w razie niemożności przerwania zrostów swoją metodą, przechylił się do zdania Küstnera, że tam, gdzie do oddzielenia zrostów zajdzie potrzeba otwierania jamy otrzewnowej, to należy to uczynić od strony jamy brzusznej. Ustalenie odprowadzonej macicy za pomocą zrostów wytworzonych przez zakładanie setonów z gazy jodoformowej (Dührssen) lub gazy napojonej wyskokiem (Matlakowski) do zatoki pęcherzowo-macicznej a względnie zatoki Douglasa wydaje mi się z tego względu niewłaściwem, że nie możemy mieć pewności, czy zapalenie przez to wywołane ograniczy się rzeczywiście.

Niezależnie od powyższego kierunku zaczął się rozwijać drugi sposób leczenia operacyjnego zboczeń ku tyłowi macicy od strony jamy brzusznej. Wszywanie kikutów w ranę brzuszną po usunięciu zmienionych jajników a przez to ustalenie macicy tyłozgiętej ku przodowi i stałe utrzymywanie się jej w tem położeniu stało się podstawą rozwoju leczenia operacyjnego, polegającego na pośredniem lub bezpośredniem przyszyciu macicy do przedniej ściany brzusznej.

Pierwszy Koeberle w roku 1869. wykonał taki zabieg operacyjny w przypadku tyłozgięcia macicy połączonego z bardzo ciężkimi objawami. Wykonał laparatomię, odciął jajniki a kikuty pozostałe wszył w dalszy brzeg rany. Podobnie po nim operowali Sims, Schröder, Henig, Lawson-Tait.

Według planu jednak z góry powziętego zaczął operować dopiero Olshausen[6]) i ujął sposób operacyjny w metodę nadając mu nazwę *ventrofixatio uteri.* Olshausen również pierwszy wykonał ten zabieg operacyjny przy wypadnięciu macicy a jakkolwiek wynik był niepomyślny, znalazł wielu naśladowców, którzy operując w wielu razach z dobrym skutkiem, w przypadkach, w których operacye plastyczne międzykrocza i pochwy nie wystarczały, rozszerzyli wskazania do wentrofiksacyi i dla tej zmiany w położeniu macicy.

Od czasu ogłoszenia metody Olshausena sposób operacyjny Koeberlego, polegający na odcięciu jednego lub obu jajników zdrowych i wszyciu pozostałych kikutów w ranę brzuszną ograniczył się tylko do tych przypadków, w których usunięcie jajników było wskazanie z powodu zmian w nich.

Ale i metoda Olshausena, polegająca na przyszyciu więzadeł okrągłych i szerokich tuż przy macicy do przedniej ściany brzusznej, nie zadawalniała, gdyż obawiano się uwięźnięcia jelit w zaułku, który tworzy się między macicą a pęcherzem. Możliwość zaś wydłużenia się wszytych wiązadeł podała w wątpliwość trwałość wyników. Dopiero Leopold i Czerny przez bezpośrednie przyszywanie trzonu macicy do ściany brzusznej operacyi tej nadali najwięcej pewności i od tego czasu przeważna część operatorów posługuje się ich metodami lub nieznacznemi ich modyfikacyami.

Leopold[1]) przytwierdza trzon macicy trzema głębokimi szwami brzusznymi, z których jeden zakłada poniżej odejścia jajowodów od macicy, drugi powyżej a trzeci w równej wysokości z jajowodami.

Czerny[2]) przyszywa macicę dwoma zapuszczonymi szwami katgutowymi, przeprowadzając je tylko przez powięź i otrzewnę brzegów rany.

Terrier[3]) przeprowadza szwy katgutowe przez macicę w ten sposób, że nie zagłębia całej nitki w miąższu, tylko część jej pozostawia na powierzchni; to ma przyczyniać się do łatwiejszego wytwarzania się zrostów.

Pozzi[4]) używa szwu katgutowego kuśnierskiego.

Matlakowski[5]) obok przyszycia macicy skraca jeszcze więzadła okrągłe.

Hofmeier[6]) poleca obok bezpośredniego przyszycia macicy jeszcze osobno oba więzadła okrągłe przytwierdzić głębokimi szwami, całą grubość powłok obejmującymi.

Klotz[7]) wszywa trąbkę lub kikut po odcięciu jajnika pozostały i następnie przez założenie sączka szklanego aż do dna zatoki Douglasa sięgającego, stara się wywołać mocne zrosty podtrzymujące macicę od tyłu. Sposób ten według Sängera sprzeciwia się zasadom chirurgii, która dąży do jak najszybszego zamknięcia jamy brzusznej, zostawiając drenowanie dla przypadków wyjątkowych. Metoda Klotza nie znalazła wcale naśladowców. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

3) Kiła dziedziczna pochodząca od obojga rodziców. W jakim okresie i w jakich okolicznościach kiła rodziców udziela się potomstwu? Stopień zależności odziedziczonej kiły od stanu zdrowia i przebiegu kiły u rodziców. Wpływ leczenia na odziedziczanie kiły. Kiła dziedziczna u bliźniąt. Odziedziczanie kiły w trzeciem pokoleniu.

W poprzednich rozdziałach niniejszej rozprawki, oznaczając już udział obojga rodziców z osobna w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu, wykazaliśmy, iż kiła ojca lub matki zarówno udzielać się może dzieciom

[1]) Centralblatt f. Gynäk. 1889. s. 515.
[2]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1891. s. 336.
[3]) Frommel's: Jahresbericht. 1891. s. 658.
[4]) Fehling: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1893. s. 264.
[5]) Sammlung klin. Vorträge. Nr. 24. 1891.
[6]) Centralblatt f. Gynäk. 1886. Nr. 43.

[1]) Sammlung klin. Vorträge. Nr. 133. 1889.
[2]) Beiträge zur klin. Chirurgie. 1888. Bd. IV. s. 163.
[3]) Pozzi: Lehrbuch der klin. u. operat. Gynäk. 1892. Bd. II.
[4]) Ibidem.
[5]) *Przegląd lekarski.* 1889. Nr. 46.
[6]) Hofmeier: Grundriss der gynäk. Operationen. 1892.
[7]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1888. Nr. 4.

Możemy więc ztąd wnosić, iż kiła, którą dotknięci są jednocześnie oboje rodzice, powinna bezwątpienia też przejść na ich potomstwo.

Już z góry wypadałoby przypuścić, iż kiła u dzieci wtedy objawić się musi groźniej, niż to bywa w razie odziedziczenia choroby od jednego z rodziców; podobne zdanie wypowiedziało wielu autorów, zajmujących się sprawą odziedziczania kiły, że wymienimy tu Vassala[1]), Didaya[2]), Rosena[3]), Violeta[4]), Kassowitza[5]), Fourniera[6]) i Julliena[7]). Statystyczne zestawienia, licznie nagromadzone w rozmaitych pracach, dowodzą, jak szkodliwą i niebezpieczną dla potomstwa jest kiła obojga rodziców: Rosen podaje wykaz 38 dzieci kiłowych, spłodzonych przez rodziców kiłowych, z którego wypada, iż 32 dzieci zmarło na kiłę, z tych zaś 12 przyszło na świat nieżywo a 20 zmarło wkrótce po urodzeniu. W 6-ciu przypadkach, opisanych szczegółowo przez Baerensprunga[8]) a tyczących się dzieci spłodzonych przez ojca i matkę kiłowych, potomstwo rodziło się nieżywo i przedstawiało zawsze poważne zmiany, właściwe kile dziedzicznej; Kassowitz spostrzegał kilka przypadków, w których kiła obojga rodziców przekazywała się potomstwu w ciągu kilku a nawet kilkunastu lat, objawiając się zawsze wybitnemi zmianami w ustroju płodu; tenże autor przytacza następnie przypadek, w którym kiłowi rodzice w ciągu 12 lat pożycia małżeństwa spłodzili 7 kiłowych dzieci. Fournier podaje 179 przypadków śmierci kiłowych płodów na 239 ciąży w rodzinach, w których ojciec i matka mieli kiłę. Statystyczne zestawienie Julliena tyczyło się 43 małżeńskich stadeł z kiłowych męża i żony; skutkiem 206 ciąż było 113 poronień nieżywego płodu, 50 razy ciąża zakończyła się przyjściem na świat kiłowych dzieci a tylko 43 razy matka urodziła żywe dzieci; w jednym z wymienionych przypadków kiłowi rodzice spłodzili 15 dzieci, mających kiłę dziedziczną, z których 13 przyszło na świat przedwcześnie.

Jeśli oboje rodzice mają kiłę, wtedy starsze ich potomstwo zwykle jest najwięcej zakażonem, późniejsze zaś dzieci, stósownie do zmniejszania się z biegiem czasu zakaźnych własności kiły rodziców, przedstawiają coraz mniej wybitne objawy kiły, wreszcie po upływie kilku lub dopiero kilkunastu lat zaczynają przychodzić na świat zdrowe i wolne od kiły dzieci (Baerensprung, Kassowitz, i inni); Hutchinson[9]) zaś oświadcza przeciwnie, iż pierwsze dzieci kiłowych rodziców zwykle mniej są zakażone od później spłodzonych; twierdzi on, iż w początku potomstwu udziela się kiła ojca, dopiero później, gdy matka zakazi się od ojca lub od płodu, rodzą się dzieci z poważniejszemi zmianami kiły dziedzicznej, pochodzącej tak od ojca jak i od matki.

Pozostaje obecnie do rozpatrzenia kilka innych kwestyj, które wywiązały się z poprzednich. Mianowicie zaś musimy tu odpowiedzieć na cały szereg następnych pytań, tyczących się przekazywania dziedzicznego kiły: czy w każdym okresie kiła rodziców ma zdolność udzielania się potomstwu? jak długo i w jakich postaciach kiła rodziców przekazuje się dzieciom? czy kiła matki niebezpieczniejszą jest dla potomstwa od kiły ojca? czy istnieje pewny stósunek zależności między stopniem natężenia kiły potomstwa a cechami zmian kiłowych u rodziców? w jaki sposób wpływa leczenie kiły rodziców na przekazywanie jej dziedziczne potomstwu? czy nie jest ono w stanie przeszkodzić zakazeniu się potomstwa lub co najmniej je złagodzić?

Niektóre z powyższych kwestyj niejako z sobą są zespolone a więc rozpatrując je z osobna nieraz będziemy musieli potrącać o kilka z nich zarazem.

Ze względu na swą doniosłość praktyczną najważniejszą jest kwestya stósunku pomiędzy wiekiem i okresem kiły rodziców a przekazywaniem choroby potomstwu i stopniem natężenia kiły dziedzicznej. Zapatrując się na nią z teoretycznego stanowiska, wypadałoby mniemać, iż kiła rodziców, w okresie wylęgania się, to jest pierwszego utajenia a więc przed pojawieniem się pierwotnej zmiany, nie może wcale przejść na potomstwo; wątpliwem też jest, iżby kiła w okresie drugiego utajenia, przed wystąpieniem ogólnych objawów udzielała się dzieciom (Kassowitz[1]); dopiero od czasu wybuchu drugorzędnych objawów kiłowych choroba rodziców nabywa własności przekazywania się potomstwu, gdyż tylko wtedy przyrzut kiłowy może znajdować się w rozmaitych tkankach i wydzielinach ustroju.

Dawniejsi, przeważnie francuscy syfilidologowie przypuszczali, iż tylko widoczna, objawiająca się rozmaitymi przypadami kiła może przejść na dzieci, nigdy zaś znajdująca się w okresie utajenia (Vassal[2]) i inni); Haase i Burns[3]) natomiast mniemali, iż niekiedy udzielić się może potomstwu i utajona kiła rodziców, pomimo tego, iż u ojca lub matki w ciągu kilku nawet lat nie było żadnych objawów swoistych; zdaniem zaś Schönleina[4]) świeża i widoczna, to jest jawna kiła rodziców przekazuje się zwykle potomstwu w postaci wrodzonej choroby, która cechuje się wybitnemi zmianami kiłowemi, powstającemi u płodu podczas ciąży; jeśli zaś kiła rodziców w chwili płodzenia była w okresie utajenia, wtedy mogą rodzić się zdrowe dzieci, które dopiero po upływie kilku tygodni po przyjściu na świat zapadają na kiłę dziedziczną. Colles[5]), Evanson i Maunsell[6]), Robert[7]), Trousseaux[8]), Hebra[9]), Parker[10]) i Baerensprung[11]) wypowiedzieli zdanie, iż utajona kiła rodziców może przekazywać się dzieciom; Beaney[12]) opisał przypadek, tyczący się kiłowego ojca, który w trzy lata po zakażeniu ożenił się; pomimo tego, iż kiła nie objawiała się wcale u niego, spłodził on pięcioro dzieci z wybitnymi objawami kiły dziedzicznej; Kasso-

---

[1]) Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant. Paris. 1807. s. 13—14.
[2]) Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis. Paris. 1858. s. 365.
[3]) Behrend's Syphilidologie. N. Reihe. 1862. III. s. 192.
[4]) Étude pratique de la syphilis infantile. Paris. 1874. s. 33—34.
[5]) Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1876. s. 88—89 i 90—91.
[6]) La syphilis et le mariage. Paris. 1880.; l'hérédité syphilitique. Paris. 1889.
[7]) Annales de dermat. et de syphil. 1891. 4. s. 308—311.
[8]) Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. s. 147—153.
[9]) Étude clinique sur certaines maladies de l'oeil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire. Paris. 1884. s. 233—234.

[1]) l. c. str. 78.
[2]) l. c. str. 19 i 29.
[3]) Meissner: Die Kinderkrankheiten. II. Auflage. I. s. 360—361.
[4]) Sommer: De syphilide congenita. Halae. 1839. s. 11—12.
[5]) Behrend's Syphilidologie. Alte Reihe. III. s. 235—246.
[6]) Handbuch der Kinderkrankheiten. 1838. s. 643.
[7]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. s. 287.
[8]) Behrend's Syphilidologie. Neue Reihe. 1858. I. s. 311 i 313.
[9]) Wiener medicinische Wochenschrift. 1860. 11. 12.
[10]) Medical Times and Gazette. 1863. II. s. 6.
[11]) l. c. str. 47, 51—70.
[12]) Constitutional Syphilis. Melbourne. 1872. s. 339.

witz[1]) i Bäumler[2]) utrzymują, iż kiła rodziców przekazywać się może dzieciom bez względu na to, czy jest utajoną, czy też objawia się swoistemi zmianami; niekiedy nawet rodzice z kiłą w okresie utajenia płodzą potomstwo przedstawiające bardzo wybitne i poważne zmiany swoiste. Weil[3]) twierdzi, iż zdolność przekazywania dziedzicznego kiły nie zależy od jej objawów u rodziców i że niekiedy jedyną wskazówką istniejącej u rodziców, lecz utajonej choroby bywa kiła dziedziczna potomstwa.

Przeważna część autorów utrzymuje, iż widoczna kiła rodziców, objawiająca się w czasie płodzenia wybitnemi zmianami ustroju jest daleko niebezpieczniejszą i szkodliwszą dla potomstwa, niż ich kiła utajona (Balling[4]), Baumès[5]), Bouchut[6]), Fournier[7]), Mauriac[8]) i inni); nadmienić tu wszakże wypada, iż w wielu przypadkach nie można wykazać bezpośredniego stósunku zależności dziedziczenia kiły od stopnia natężenia choroby rodziców, wyrażającego się utajeniem lub wybuchem objawów swoistych.

Z kolei wypada nam odpowiedzieć na pytanie: w jakim okresie kiła rodziców może przejść na potomstwo? przeważna część autorów jest zdania, że tylko świeża kiła, znajdująca się w drugorzędnym okresie, udziela się potomstwu (Bouchut, Landberg, Robert, Ricord, Behrend, Diday, Baerensprung, Geigel i t. d.); inni zaś autorowie, między nimi Profeta[9]) twierdzą, iż kiła przekazuje się potomstwu przez cały czas okresu drugorzędnych zmian oraz w ciągu następującego potem okresu utajenia, który zwykle poprzedza późne, trzeciorzędne objawy; niektórzy autorowie, mianowicie zaś Kassowitz i Fournier, przytaczają przykłady trwania po 7, 10—14 lat okresu zaraźliwości kiły, podczas którego choroba może przekazywać się potomstwu. Dawniej nie brakło głosów utrzymujących, jakoby kiła w pierwszym okresie znajdująca się, mogła też udzielać się od rodziców dzieciom (Nevermann[10]), Margerie[11]), Gamberini[12]); zdaniem zaś innych późna, trzeciorzędna kiła też może przechodzić na potomstwo. Vidal[13]) n. p. utrzymywał, jakoby wszystkie postacie kiły rodziców, nawet trzeciorzędna, udzielały się dzieciom; według zaś Bassereaua[14]) i Mandona[15]) potomstwo, spłodzone przez rodziców dotkniętych drugorzędnemi zmianami kiłowemi, bywa mniej zakażone od tych dzieci, które rodzą się z ojca lub matki znajdujących się w okresie trzeciorzędnym; zdaniem wymienionych autorów takie dzieci zawsze przedstawiają wybitne i głębokie zmiany, kile dziedzicznej właściwe; według zaś Cullicra, Notty, Karczewskiego[16]) i Langleberta[17]) kiła matki we wszystkich okresach może przechodzić dziedzicznie na potomstwo; Knoblauch[1]) sądzi, że dotknięci późnemi trzeciorzędnemi zmianami rodzice udzielają swej choroby potomstwu.

[1]) l. c. str. 82—83.
[2]) Ziemssen's Handbuch. III. Bd. Leipzig. 1886. s. 50.
[3]) Volkmann's klinische Vorträge. 130. s. 898.
[4]) Hecker's Annalen. 1832. s. 132.
[5]) Précis théor. et pratique sur les maladies vénériennes. Lyon. 1840. II. s. 533.
[6]) Traité pratique des maladies des nouveau-nés. Paris. 1852. str. 76.
[7]) Bulletin médical. 1889. 52. s. 822.
[8]) Syphilis tertiaire et héréditaire. Paris. 1890. s. 1087.
[9]) Trattato pratico delle malattre veneree. Palermo. 1888. s. 934.
[10]) Schmidt's Jahrbücher. 1840. XXVII. s. 69.
[11]) Gazette des hôpitaux. 1850. 101.
[12]) Behrend's Syphilidologie. Neue Reihe. III. s. 542.
[13]) Traité des maladies vénériennes. Paris. 1853.
[14]) Traité des syphilides. 1852. s. 333.
[15]) Journal de médecine de Bruxelles 1856. Janvier-Février.
[16]) Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego. 1870. LXIV. s. 44.
[17]) Aforyzmy o chorobach wenerycznych. Lwów. 1876. s. 181.

Przeważna jednak część syfilidologów zaprzecza wcale, iżby w trzeciorzędnym okresie znajdująca się kiła ojca lub matki mogła przechodzić na potomstwo, podając wiele spostrzeżeń nad rodzicami dotkniętymi kiłą trzeciorzędną, którzy płodzili pomimoto zdrowe i wolne od kiły dzieci (Acton[2]), Simon[3]), Virchow[4]), Hebra[5]), Fournier[6]), Hutchinson[7]); Baerensprung[8]) opisał 8 przypadków, w których kiła ojca była w okresie trzeciorzędnym; w wymienionych przypadkach rodziło się zawsze zdrowe i niekiłowe potomstwo, matki też pozostały niezakażonemi; tenże autor podaje następnie opis 7 przypadków matek, dotkniętych późnemi zmianami kiłowemi, które pomimoto wydały na świat 22 zdrowych i wolnych od wszelkich objawów kiły dzieci; Stein[9]) opisał przypadek, w którym pewna kobieta pomimo częstych nawrotów późnej kiły, spłodziła czworo zdrowych dzieci. Moje osobiste także w tym względzie doświadczenie, zmusza mnie do oświadczenia się przeciwko temu, iżby późna, trzeciorzędna kiła rodziców przekazywać się mogła potomstwu. Z wielu chorych, których leczyłem na kiłę i którzy następnie po upływie 4 do 5 lat wstąpili w związki małżeńskie, żaden nie płodził kiłowych dzieci, u tych zaś chorych, którzy pomimo mego zakazu zawcześnie, bo już po 1—2 latach ożenili się, rodziły się dzieci zakażone.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Szczególną uwagę zwracała na siebie odmiana, t. zw. *endometritis dysmenorrhoica* czyli *dysmenorrhoea membranacea*. Pozzi[10]) nazywa ją wprost przewlekłem zapaleniem macicy z wystąpieniem ostrych objawów podczas miesiączkowania, i wydzielaniem (złuszczaniem) błony śluzowej zapalnem. Innego zdania jest Lawson-Tait[11]). U osób niezamężnych jest ona skutkiem choroby jajników; u osób, które spółkują, jest w związku z zapłodnieniem, rodzaj częstego poronienia niezupełnego. Nie znalazł on nigdy prawdziwych komórek błony doczesnej i łączyła się ta sprawa u dziewic z mocnym, ropnym odpływem, co przytacza na dowód, że sprawa ta u nie-

[1]) Behrend's Syphilidologie. Neue Reihe. III. s. 544.
[2]) A practical treatise on diseases of the urinary and generative organs in both sexes. London. 1851. s. 610.
[3]) Charité-Annalen. 1850. I. s. 2.
[4]) Virchow's Archiv. 1858. XV. s. 217.
[5]) Wiener medic. Wochenschrift. 1860. s. 11, 12.
[6]) Syphilis et le mariage. Paris. 1880.
[7]) On Syphilis. London. 1887. s. 71.
[8]) l. c. str. 90—98.
[9]) Memorabilien. 1867. XII. 3.
[10]) Pozzi: Traité de gynécologie. Paris 1882. s. 173.
[11]) Lawson-Tait: ut 2. s. 198.

zamężnych jest właściwie choroba jajników. Przeciwnie Franqué[1]) znalazł w *endometritis exfoliativa* komórki błony doczesnej w przypadku, w którym zapłodnienia nie było z wszelką pewnością. Popiera to zapatrywanie Rugego wbrew Wyderowi[2]), który sądzi, że błona śluzowa macicy tworzy komórki błony doczesnej li tylko w ciąży śródmacicznej lub pozamacicznej. Znalazł on w ostrym nieżycie zgrubienie błony śluzowej i łuszczenie się przybłonka wraz z przekrwieniem naczyń. Za ostateczne wyniki przewlekłej formy nieżytu uznaje on częściowe i całkowite przerosty: *a) endometritis villosa, b) e. fungosa hyperplastica seu adenoma diffusum.* Mniema on dalej, że zarówno sprawy zapalne błony śluzowej macicy jak i poronienia mogą prowadzić do klinicznego obrazu *dysmenorrhoea membranacea.* Wszystkie błony w tej chorobie wydzielane, które nie mają utkania małych komórek, w których przeważają komórki wielkie błony doczesnej, winno się uznać, zdaniem Wydera, raz na zawsze za pochodzące z ciąży. Schröder[3]) opisuje formę *e. dysmenorrhoica*, cechującą się klinicznie głównie przez nadzwyczaj gwałtowne bóle przed peryodem. Przy badaniu drobnowidowem komórki były mało zmienione, najwięcej uderzały w oko duże pęki tkanki łącznej miąższowej. Atthill[4]) rozróżnia formy *endometritis* u kobiet, które rodziły i u których zwraca uwagę na zwężenie ujścia wewnętrznego i u bezdzietnych, u których przyczyną nieżytu wnętrza i *dysmenorrhoeae* jest nieżyt szyi.

Rodzaj zapalenia błony śluzowej macicy właściwy wiekowi podeszłemu, *endometritis vetularum*, jest stosunkowo najmniej zbadaną odmianą nieżytu błony śluzowej macicy. Wedle Rugego[5]) są trzy rodzaje: gruczołowaty, śródmiąższowy i miąższowy. Najczęściej spotykał pierwszy. Na Zjeździe przyrodników w Halli 1891. zwrócił uwagę Kaltenbach, że *endometritis* przedstawia cały szereg obrazów chorobowych pod względem anatomicznym i etyologicznym: nieprawidłowo wielkie ilości wydzieliny, zboczenia w krążeniu krwi, wybujałości tkanek, podrażnienia części dodatkowych macicy, sprawy zakaźne oto główne typy objawiania się *endometritis.*

Dla ginekologa pojęcie *metritis* i *endometritis* musi zawsze pozostać pojęciem klinicznem a nie anatomo-patologicznem. Przebieg kliniczny i objawy chorobowe, powinny być wskazówką co do postępowania leczniczego; badanie anatomo-patologiczne jest jego dopełnieniem; słuszną bowiem czyni uwagę Pozzi[6]), że wiedząc o tem, że przy włókniakach i rakach występują zmiany w *endometrium*, musielibyśmy na czysto anatomicznej podstawie rozróżnić jakąś *endometritis myomatosa* lub *cancerosa*, choć nawiasem powiedziawszy, wedle badań Campego[7]) przy włókniakach zmiany błony śluzowej wnętrza macicy są zupełnie te same, jak w *endometritis fungosa chronica.*

Nieżyt błony śluzowej szyi i trzonu macicy tworzy dwa wielkie działy pod względem objawów klinicznych i leczenia.

Najczęstszą zmianą anatomiczną spostrzeganą w nieżycie szyi macicznej jest nadżerka (*erosio*). W sprawie tej, przez długi czas odbywała się zacięta polemika między Rugem i Veitem z jednej a Fischlem z drugiej strony.

Samą sprawę i obrazy drobnowidowe widziane przez autorów wyżej wspomnianych opisywano jednakowo; głównie chodziło o wyjaśnienie kwestyi, zkąd się bierze nadżerka, i jaka jej przyczyna.

Według C. Rugego i J. Veita[8]) nadżerka jest powierzchnia wolna nowotworu o budowie gruczołowatej na części pochwowej macicy, wolnej zresztą od gruczołów. Przybłonek wałeczkowaty, jednowarstwowy pokrywa jego powierzchnię i przechodzi w wielowarstwowy płaski, pokrywający części szyi, pozostałe zdrowemi. Równocześnie tworzą się rozliczne wklęśnięcia przybłonka wałeczkowatego w tkankę tego chorego miejsca a wklęśnięcia te tworzą wkrótce gruczołowate cewki, które się rozgałęziają i często łączą ze sobą. W innych miejscach są one bez związku z przewodami odwodzącymi i tak powstają mieszki *(folliculi)*. Tkanka mięśniowa nie tworzy przeszkody do ich rozwoju. Powstanie tych mieszków tłómaczy się w ten sposób, że pochodzą one z małych kaletek, pokrytych przybłonkiem wałeczkowatym, w przewodzie szyi w ilości ograniczonej się znajdujących i dopiero przez swój rozrost w głębi rozpychających przybłonek szyi. Zdaniem zaś Fischla[1]) są nadżerki gruczołowate i bez gruczołów. Gruczoły w nadżerkach wychodzą zawsze z dawniejszego przybłonka gruczołowatego; pierwotną sprawą jest bujanie tkanki łącznej, co sprawia, że gruczoły rozrastają się. Punktem wyjścia tych nowo utworzonych gruczołów **nie** jest przybłonek na powierzchni. Zdaniem Fischla nadżerki są mniej lub więcej zmienioną błoną śluzową szyi macicznej. Veit[2]) zaś z naciskiem nazywa nadżerkę zapaleniem gruczołowem (*eine drüsige Entzündung*) w przeciwieństwie do przeczosu (*excoriatio*) w zapaleniu pochwy. Sprawy opisywane jako nadżerki u noworodków są wedle Matuscha[3]) rodzajem niezupełnego rozwoju, to jest, że przybłonek płaski w czasie urodzenia się dziecka postępując od dołu, nie dotarł jeszcze aż do ujścia zewnętrznego macicy. Matusch nigdy nie mógł znaleść właściwych gruczołów na zewnętrznej stronie części pochwowej macicy. Dalszym dowodem, że pokrycie pochwy i części pochwowej macicy postępuje od dołu ku górze, byłoby, że w *haematocolpos* znalazł Ruge[4]) po wewnętrznej stronie przedziału przybłonek wałeczkowaty.

Jakie są ostateczne przyczyny powstawania nadżerki, nie wyświecono wreszcie ostatecznie; w każdym razie jest ona starym objawem nieżytu i ustępuje po jego wyleczeniu. Obrazy podobne do nadżerki może dać tak zwane wyrośnięcie warg szyi macicznej, przedstawiające mniej lub więcej zmienioną błonę śluzową macicy. Przyczyny tego rodzaju sprawy są czysto mechanicznej natury: rozdarcie ujścia zewnętrznego szyi podczas porodu lub poronienia, następowe ciągnienie ścian pochwy i tworzenie się blizn po jednej lub drugiej stronie szyi, które nicują jej wargi. Zdaniem mojem wyrażenie wywinięcie, powinno się zatrzymać li tylko w przypadkach, gdzie takie rozdarcie mechaniczne da się wykazać a zatem o wywinięciu u osób, które nie rodziły albo których szyi macicznej w inny sposób przez gwałtowne rozszerzenie nie uszkodzono, nie byłoby mowy. Cornil w swoich *Leçons* opisuje nadżerkę tak samo jak Ruge: brodawki tkanki łącznej pokrywa jedna warstwa przybłonka wałeczkowatego, w wywinięciu zaś warstw tych jest więcej, przybłonkiem płaskim przerosłych, gruczoły są rozszerzone, ich ujście przeciągnięte, jajka Nabotha częste.

Co do powstawania zapalenia części rodnych, w szczególności błony śluzowej macicy, to zdaniem Martina[5]) ta sprawa zostaje w ścisłym związku z życiem płciowem. Miesiączkowanie, spółkowanie, ciąża, poród i połóg, wszystko to może być przyczyną wystąpienia spraw zapalnych w wieku dojrzałym. Odliczywszy powyższe okoliczności, na wiek dziecięcy przypadną jako sprawy przyczynowe sprawy zapalne w ogólnych chorobach zakaźnych, dalej mechaniczne podrażnienie, jak robaki i samogwałt a w wieku późniejszym zanik tkanek. Martin nie uznaje działania zaziębienia na wstrzymanie miesiączki, które według niego jest skutkiem już istniejącej choroby, objawem, nie przyczyną. Częste sadowienie się zapalenia na błonie śluzowej szyi pochodzi ze znacznego urazu, jakiego doznaje szyja podczas porodu i z bliskości pochwy przepełnionej rozmaitemi częściami septycznemi; naj-

[1]) v. Franqué: Zeitschrift für Geb. und Gyn. XII. 1.
[2]) Wyder: Archiv für Gyn. XIII. Z. 1. s. 1.
[3]) Schröder: Centralblatt für Gyn. 1884. s. 445.
[4]) Atthill: Centralblat für Gyn. 1878. s. 324.
[5]) Ruge: Zeitschrift für Geb. und Gyn. Tom V. Z. 2.
[6]) Pozzi: ut 13. s. 137.
[7]) Campe: Centrblatt für Gyn. 1884. s. 222.
[8]) Ruge u. Veit: Centralbl. für Gyn. 1877. Nr. 2. s. 17. i Ruge: Zeitschrift für Geb. und Gyn. Tom V. Z. 2.

[1]) W. Fischel: Erosio und Ectropium. C. f. G. 1880. s. 125.
[2]) Veit: Zur Erosionsfrage C. f. G. 1882. s. 699.
[3]) Matusch: C. f. G. 1882. s. 183.
[4]) Ruge: Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1882. Tom VIII. Z. 2.
[5]) A. Martin: Pathol. und Ther. der Frauenkr. 1887. s. 182.

częstszą zaś przyczyną zapalenia błony śluzowej wnętrza macicy jest zdaniem Martina niedokładne oderwanie się błony znikomej. Ostre zapalenia przebiegają tak szybko, że lekarze mało się z niemi spotykają; zazwyczaj ma się już do czynienia ze sprawą przewlekłą.

B. Schultze [1]) widzi przyczynę nieżytów w zakażeniu z atmosfery, u dziewic mokrą drogą wycieków miesiączkowych, u kobiet zaś, które rodziły, przez proste udzielenie się przez kurze i prochy w powietrzu i t. d.; radzi dlatego noszenie przepasek aseptycznych podczas miesiączkowania, względnie usuwanie niedomykalności części rodnych za pomocą operacyi. Podobne zdanie wypowiada Peraire [2]). Każda *endometritis* jest skutkiem najścia błony śluzowej przez drobnoustroje, które już po niedługim czasie wnikają do tkanki mięśniowej; dlatego tylko w początkach widzi skutek w środkach przeciwgnilnych i radzi wczesne wyskrobanie w celu dostania się do warstw głębszych; Peraire znalazł bowiem, że jeżeli macica zdrowa, to nie można wykazać żadnych drobnoustrojów ani drobnowidzem ani w kłutych hodowlach, jeżeli zaś chora, są ustroje chorobotwórcze. Udało mu się odosobnić jeden lasecznik i jeden kok, które wyhodował. Barwiły się te gronowce bardzo dobrze metodą Grama; więc łatwo je odróżnić od gonokoków. Według Wintera [3]) prawidłowo znajdują się u zdrowych osób następujące rodzaje drobnoustrojów: *staphylococcus pyogenes albus, aureus, citreus* i rozmaite odmiany streptokoków. Laplace [4]) znajduje również, że zdrowa błona śluzowa macicy i szyi mieści w sobie wielką liczbę najrozmaitszych drobnoustrojów; w zapaleniu znajdują się one wewnątrz komórek w wielkiej ilości wydzielanych. Z tych drobnoustrojów część jest znana jako chorobotwórcza, nieznane są jednak stanowczo chorobotwórczemi dla świnki morskiej. Za główną przyczynę wystąpienia tych drobnoustrojów w czynnej roli uważa Laplace zaziębienie. Przy zmianie w krążeniu krwi i pojawieniu się wysięków surowiczych postępuje rozwój drobnoustrojów, które dotychczas spoczywały. Picqué [5]) uważa takie drobnoustroje za przyczynę nieżytu i tak samo powtórne wystąpienie *endometritis* za zakażenie się z pochwy; radzi przeto po wyskrobaniu macicy przez dłuższy czas przepłukiwać pochwę środkami desinfekcyjnymi, najlepiej sublimatem. Zapatrywania Noegerratha ogólnie znane może tylko idą za daleko. Również Terillon [6]) rozróżnia *endometritis* powstałą w połogu od powstałej z wiewióra *(gonorrhoea)*. Przeciwnie inni, jak n. p. Samschin [7]), nie mogli potwierdzić twierdzeń Wintera co do obecności stafilokoków w przewodzie rodnym kobiet zdrowych. Podobnie Döderlein [8]) badał wyskrobane części błony śluzowej macicy, szukając w nich drobnoustrojów zawsze bez skutku, znowu przeciwnie jak Brandt [9]) w Petersburgu. Wobec badań Döderleina zapatrywanie się Breuneckego [10]), że *endometritis hyperplastica* jest w związku z czynnością jajników, miałoby podstawę anatomiczną. Szczególny rodzaj prątków w nieżycie szyi macicznej opisuje Rosiński [11]), Wolf [12]) zaś znalazł w wydzielinach prątek zupełnie podobny do Kochowskiego prątka przecinkowatego. Ciekawem jest zapatrywanie się Routha [13]) na sposób, w jaki wiewiór rozchodzi się w przewodzie rodnym kobiety. Oto wydzielina wiewiórowa złożona w pochwie w skutek ujemnego ciśnienia za każdym wydechem może dostać się do góry.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) B. Schultze: Centralblatt f. Gyn. 1889. s. 332.

[2]) Peraire: Des endometrites infectieuses. Role des micro-organismes dans la pathogénie des maladies des femmes. Paris 1889.

[3]) Winter: Mikroorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau. Zeitschrift für Geb. und Gyn. 1888. XIV. 2.

[4]) Laplace: Med. Record. 1892. Juni. s. 699.

[5]) Picqué: Gaz. des hôpitaux. 1891. Nr. 19.

[6]) Terillon: Bull. général de therap. 1889. Sierpień 15.

[7]) Samschin: Deutsch. med. Wochens. 1890. Nr. 16.

[8]) Döderlein: Naturforscher-Versammlung. Halle 1891.

[9]) A. Brandt: Zur Bakteriolog. der Cav. uteri bei der Endometritiden. Zeitschr. für Geb. und Frauenkr. 1891. s. 810.

[10]) Breunecke: Archiv für Gyn. XVIII. s. 252.

[11]) Rosiński: Bacillenbefund bei Cervixcatarrh. Centralblatt für Gyn. 1892. s. 64.

[12]) Wolf: München. med. Wochens. 1893. Nr. 37 i 38.

[13]) Routh: Brit. med. journ. 1882. Nr. 1131. s. 411.

Choroby zakaźne.

Escherich: Patogeneza błonicy.

Tłómaczenie istoty i przyczyn chorób zakaźnych zapomocą chorobotwórczych własności bakteryj nie wyjaśnia dostatecznie powstawania tych chorób; koniecznie trzeba przyjąć drugi czynnik nader ważny, usposobienie indywidualne. Z tego zapatrywania się wychodząc wypowiada autor następujące cztery twierdzenia, tłómaczące w pierwszym rzędzie patogenezę błonicy:

1) Do powstania błonicy potrzeba prócz prątka właściwego i możności inwazyi jego jeszcze swoistej skłonności tkanek i całego ustroju. Tem tłómaczyć sobie można występowanie błonicy przeważnie w wieku dziecinnym i w porze zimniejszej jakoteż wykrycie prątków Löfflera i rzekomego lasecznika w jamie ust zdrowych ludzi.

2) Przebieg błonicy zależy od większej lub mniejszej jadowitości prątków, jakoteż od miejscowego powierzchownego i ogólnego usposobienia.

3) Inne bakterye a nawet saprofity, jakoteż ich wytwory przemiany materyi mają wpływ na rozszerzenie i przebieg kliniczny błonicy. Działanie streptokoków wikłające się z błonicą należy do najcięższych przypadłości zakażenia miąższowego. Nasycenie ustroju wytworami przemiany materyi streptokoków zmniejsza odporność ustroju na jad błoniczy a równocześnie prątki gnilne usadowione na błonie śluzowej wywołują w znaczeniu anatomicznem naloty błonicze i wpływają niekorzystnie na miejscowe rozszerzenie się prątka Löflera. W błonach tych może przyjść równocześnie do nagromadzenia się stafilokoków, zaczem równocześnie błony przybierają barwę brudnożółtawą dając się łatwo rozetrzeć. W takich błonach znacznie się zmniejsza ilość prątków błoniczych, które nie mają odpowiednich do odżywiania się stosunków.

4) Uleczenie choroby następuje przez immunizowanie tkanek ustroju. Badania autora, Behringa i Klemensiewicza wykazały we krwi dzieci, które przebyły błonicę, pewne ciało mogące świnki morskie uchronić od zakażenia błonicą. Ta własność immunizacyjna ludzkiej surowicy nie jest znaczna. Odporność nabyta przez przebycie błonicy trwa nader krótko tak, że nie może uchronić człowieka od powtórnego dostania tej choroby, która jednak ma wtedy przebieg o wiele łagodniejszy. (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 22. 1894).

Dr. B. Komorowski.

Położnictwo.

Heuck: Nowy przypadek zatoru powietrznego przy łożysku przodującem.

Przypadek opisany przez autora jest trzecim z rzędu, jaki w ciągu sześciu lat zdarzył się w klinice Olshausena. U rodzącej z chwilą uchwycenia nóżki płodu zaniechano narkozy, poczem wydobyto nóżkę wśród silnego parcia ze strony matki. W tej chwili wypłynęła z pochwy matki znaczna ilość krwawego potoku. Gdy następnie ułożono rodzącą na łóżku podłużnem, wystąpiła u niej nagle sinica, brak tętna i wkrótce potem (w 3—5 minut) śmierć.

Przy sekcyi w dwie godziny potem wykryto: z naciętej żyły szyjnej (*vena jugularis int.*) dobywały się bańki powietrzne wielkości orzechów laskowych. Mimo szczelnego podwiązania wielkich naczyń serca wypuk nad niem był bębenkowy. Z serca prawego rozciętego pod zwierciadłem wody dobywało się mnóstwo baniek powietrznych. Bańki powietrzne znaleziono także w prawej żyle nasiennej (*vena spermatica dextra*).

W powyższym przypadku nie można było przypuścić śmierci z otrucia chloroformem a to, ponieważ śmierć nie zaszła wśród zblednięcia (*syncope*), lecz owszem przeciwnie sinicy, śmierć nastąpiła dopiero po ustaniu narkozy, wreszcie

ponieważ nigdy nie znajduje się u otrutych chloroformem takich ilości gazu we krwi, jakie tu znaleziono już w dwie godziny po śmierci.

Obecność powietrza w żyle szyjnej tłómaczy autor zabiegami mającymi na celu uratowanie życia rodzącej. Autor przypuszcza, iż powietrze znajdujące się między ścianą macicy a oddzielonem łożyskiem przodującem zostało wparte do otwartych żył w chwili, gdy w czasie dobywania płodu matka parła podczas bólu. Z chwilą obniżenia się ciśnienia w jamie brzusznej, wywołanego przerwą bólu i zwiotczeniem napięcia powłok brzusznych, dostało się powietrze, wtłoczone przedtem do żył, przez aspiracyą do żyły nasiennej.

W końcu zwraca autor uwagę na trudności techniczne i potrzebę odpowiednich wiadomości w wykonaniu sekcyi w podobnych przypadkach, jeźli ma się je rozświetlić należycie. *(Zeitschrift f. Geburtsh und Gynäkologie* 1894).

Wachholz.

Zapiski terapeutyczne.

— L. Szuman (z Torunia): Spostrzeżenia nad narkozą eterową (z kliniki własnej). Korzystne wyniki znieczulania eterem uzyskane w klinikach i szpitalach przez różnych ogłoszone a przez Gurtla zestawione, skłoniły autora do doświadczeń z eterem w klinice własnej.

Na podstawie spostrzeżeń w 100 mniej więcej narkozach, z których w 81 robiono zapiski, wyraża się autor o eterze podobnie jak Tschmarke a mianowicie:

1) Eter, o ile się zdaje, jest bezpieczniejszy od chloroformu wogólności a w wadach organicznych serca, o ile go jeszcze użyć można, w szczególności.

2) Ponieważ eter drażni oskrzela bardziej, niż chloroform i wywołuje w nich często obfitą wydzielinę tak podczas narkozy, jak i po niej, przeto użycie eteru do uśpienia jest przeciwwskazanem w przypadkach tak tych, gdzie są już pewne objawy ze strony oskrzeli, jak i tych, w których dłuższy kaszel może choremu bardzo zaszkodzić po operacyi lub zniweczyć jej skutek.

3) Narkoza eterem często nie wystarcza a więc nie nadaje się do przypadków, w których chodzi o rychłe i zupełne zwolnienie napięcia mięśni, jak mianowicie w odprowadzaniu zwichnięć stawów, względnie także tyłozgięć i pochyleń macicy.

4) Z przyczyny łatwej zapalności pary eterowej, narkoza eterem jest niebezpieczna przy operacyi za pomocą żegadła Paquelinowskiego lub innego, lub za użyciem światła świec, lub lamp zwykłych.

5) Narkoza eterem nie wystarcza czasem u osób nadużywających nałogowo trunków.

Autor używał przeważnie maski Juilliarda, która jednak nie nadaje się do operacyj w jamie ustnej i jej pobliżu. U kobiet i dzieci wystarcza także maska Wantschera, przy pomocy której, przynajmniej według dotychczasowych spostrzeżeń autora, trudno otrzymać dosyć głęboką narkozę u dorosłych mężczyzn, szczególniej u nadużywających napojów wyskokowych.

Na 75 przypadków narkozy eterem była 60 razy narkoza dobra, względnie nawet bardzo dobra i zupełna. W 8-miu przypadkach zachowywali się chorzy niespokojnie, z 7 tych chorych było mężczyzn ponad 30 lat, nadużywających napojów wyskokowych a jeden przypadek tyczył się kobiety wycieńczonej krwotokami macicznemi.

Najpierw nalewano w rozetę maski Juilliarda 15 do 25 gramów eteru i trzymano maskę w odległości 1 do 2 cm. od twarzy; po 1 do 2 minutach nalewano około 30 gramów eteru i przykładano maskę do twarzy a tylko u niespokojnych w razie potrzeby obwijano ją ręcznikiem. Następnie według potrzeby to dolewano eteru w rozetę, szybko maskę podnosząc i przykładając, to znów, skoro sen stawał się głębokim, odejmowano maskę na czas krótszy lub dłuższy.

Tak postępując, otrzymywano znieczulenie zupełne zwykle u dorosłych po 2—5 minutach, u dzieci czasem już po minucie. W 4 przypadkach nastąpiło znieczulenie zupełne po 6 do 8 minutach, w 4 zaś dopiero po 10 minutach. Były to po największej części narkozy niespokojne u mężczyzn nadużywających napojów wyskokowych.

Z 81 narkoz eterem 23 trwało godzinę i dłużej.

Ilość spotrzebowanego do inhalacyi eteru zapisano w 64 przypadkach. Najwięcej wynosiła ona 400 gramów w dwóch przypadkach; spotrzebowano ją w 150 minutach czyli około $2^1/_2$ grama na minutę. Średnio zużywano $1^1/_2$ do 4 gramów na minutę.

U mężczyzn dorosłych zastrzykiwano zwykle przed narkozą eterową podskórnie morfinę; u kobiet bardzo rzadko, u dzieci nigdy. W przypadkach, w których trzeba było wykonać cięcie brzuszne, operacyę na otrzewnej lub na jelitach, zadawano zwykle przed operacyą 15 kropel nalewki makowca.

Cięższych i groźniejszych objawów w czasie narkozy autor dotychczas nie dostrzegł. Oddech raz zatrzymał się na kilka sekund. Główną korzyścią narkozy eterem jest, jak się zdaje, zwykle dobre i mocne tętno.

Przebieg po narkozie eterem bywa zwykle dobry, bez wymiotów, bez kaszlu. Na 81 przypadków autora wystąpiły 4 razy objawy dosyć ciężkiego nieżytu oskrzeli, trwającego kilka dni.

W końcu autor zwraca uwagę, iż mylne jest zdanie, jakoby narkoza eterem, mianowicie za użyciem maski Juilliarda była rzeczą tak prostą, nie potrzebującą wprawy, iżby nią każdy mógł się zająć. *(Gazeta lekarska* 15. Września 1894).

— M. Fürst. O leczeniu poronnem wiewióra (*gonorrhoea*) metoda Janeta. W r. 1892. ogłosił J. Janet w *Annales des maladies des organes génito-urinaires* nowy sposób leczenia wiewióra, polegający na gruntownem przemywaniu cewki moczowej rozczynem nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum)* w stósunku 1:2000, 1:1500 i 1:1000 i wywołanie w ten sposób w błonie śluzowej cewki odczynu surowiczego, t. j. obfitej wydzieliny wodnistej, która miała rychło usuwać gonokoki.

Instrumentaryum do leczenia tym sposobem jest bardzo proste a składa się z pręta drewnianego z podziałką metryczną w długości 2 metrów, płyty suwającej się po nim a służącej do utrzymania irygatora szklanego, również w podziałkę zaopatrzonego i rurki gumianej łączącej się z jednej strony z tym irygatorem, z drugiej z kanką szklaną dającą się wprowadzić do cewki moczowej.

Po oddaniu moczu przez pacyenta i gruntownej desinfekcyi żołędzi, napletka i ujścia cewki moczowej rozpoczyna się leczenie od przestrzykania na pierwszem posiedzeniu przedniej części cewki moczowej wymienionym rozczynem nadmanganezanu potasowego pod ciśnieniem od 0·80 do 1·00 metra, przy następnych doprowadzenia płynu pod temże samem ciśnieniem aż do opuszki (*bulbus*), w razie potrzeby (*urethritis posterior*) pod ciśnieniem 1·30 metra. Podczas irygacyi zamyka się i otwiera kurek od rurki kauczukowej od czasu do czasu, by przez nagłe zmiany w ciśnieniu rozszerzyć mocno cewkę i wpędzić płyn we wszystkie fałdy i zatoki błony śluzowej.

System polega na tem, że w pierwszym dniu leczenia pokazuje się pacyent lekarzowi trzy razy dziennie co 5 godzin, który do przepłukania cewki używa za pierwszym razem litra rozczynu 1:2000, za drugim i trzecim po pół litra rozczynu 1:1500 a względnie 1:1000. Po drugiem i trzeciem przepłukaniu brzękną naprzód błona śluzowa cewki, następnie żołądź i napletek, czemu towarzyszy ból i obfite wydzielanie się z cewki moczowej surowicy; wtedy znikają i gonokoki. Po 3 lub 4 dniach, podczas których przepłukuje się cewkę dwa razy dziennie rozczynem 1:2000, ustają bóle i wydzielanie się płynu surowiczego a cewka moczowa staje się suchą tak, iż w pięciu dniach jest w przypadkach idealnych wywiór wyleczony.

Janet spodziewa się podobnego skutku we wszystkich świeżych przypadkach.

Autor postanowił spróbować metody Janeta, wybrał do tego celu z właściwego oddziału starego szpitala hamburskiego odpowiednie 33 przypadki i leczył je ściśle sposobem przez Janeta podanym.

Z tych 33 przypadków wyleczono zupełnie 15 czyli 45·5%, dwa po leczeniu przez 8 dni, reszta po leczeniu przez 11 do 34 dni. Rezultatu tego oczywiście nie można nazwać świetnym.

Bez wyleczenia wypuszczono ze szpitala 8 chorych czyli 24·2%, którzy nie mogli doczekać się pomyślnego skutku leczenia.

Z 33 przypadków ogółem w czterech pojawił się rozlany naciek w ciałku jamistem cewki, w dwóch ropnie okołocewkowe, w jednym zapalenie stercza (*prostata*) a w kilku nieżyt pęcherza moczowego.

Resztę, t. j. 10 chorych, po użyciu u nich napróżno sposobu Janeta przez dni od 10 do 41, musiano leczyć dawnemi, wypróbowanemi sposobami.

Zważywszy to wszystko jest autor zdania, że metody Janeta poronnego leczenia wiewióra doradzać nie można. (*Deutsche med. Wchschft.* 6. Września 1894).

— Leczenie otrucia strychniną. Ze stanowiska teoretycznego wypada, że odtrutki na strychninę powinny działać w odwrotny sposób na toż samo miejsce w układzie nerwowym, na które działa strychnina, t. j. na ośrodki odruchowe w rdzeniu przedłużonym i pacierzowym. Bromki nie odpowiadają temu celowi, ponieważ tylko obniżają pobudliwość a działają zapowoli. Carmello Lazzaro wpadł na pomysł użycia jako odtrutki na strychninę wziewań chloroformu zmięszanego z powietrzem i zrobił z niemi doświadczenia nie tylko na zwierzętach, ale i na dziecku 2 letniem tudzież mężczyźnie 45-letnim. Doświadczenia te wypadły pomyślnie. C. L. używa przeto od chwili wystąpienia objawów zatrucia przerzeczonych wziewań i podczas zwolnienia przypadów skutkiem nich zadaje czy to przez jamę ustną, czy przez odbytnicę chloral lub paraldehid. Jeżeli kurcze znów się pojawią, używa znów wziewań chloroformu i t. d., dopóki owe kurcze nie znikną trwale. Sposób ten leczenia otrucia strychniną zaleca się tak przez łatwość użycia jak i pewność działania. (*La médecine moderne.* 22. Sierpnia 1894).

— Przeciw wymiotom u ciężarnych zaleca się:

112) Rp. *Cocaini muriatici* 0·03
Antipyrini 1·00
Aquae destil. 120·00
MDS. Co 1/2 godziny zażywać po łyżeczce od herbaty.

lub:

113) Rp. *Ttrae jodi* 7·50
Chloroformii 60·00
MDS. Zażywać rano i wieczór po 5 kropel w wodzie selterskiej.

lub:

114) Rp. *Cocaini muriatici* 1·00
Exti belladonnae 0·25
Vaselini 15·00
MDS. Zewnętrznie. Pomazywać ujście maciczne.

(*Med. and surg. Rep.* 4. VIII. 1894).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 20. Września 1894 r.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Mając sobie poruczone zestawienie wykazu lekarzy w Krakowie zamieszkałych proszę wszystkich pp. Kolegów o łaskawe podanie mi (za pomocą karty korespondencyjnej) swoich dokładnych adresów z oznaczeniem godzin ordynacyjnych. Gdy wykazy te mają być umieszczone w aptekach, zależeć musi każdemu na ich dokładności.

Kraków dnia 16. Września 1894.

Dr. **Schaitter**, ulica Grodzka Nr. 62.

— Najbliższy międzynarodowy kongres ginekologiczno-położniczy ma odbyć się w Genewie w r. 1896. Dotychczas wyznaczone do rozpraw: 1) Terapia eklampsyi; 2) Leczenie chirurgiczne tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy; 3) Statystyka różnych form ścieśnienia miednicy u różnych narodów; 4) Najlepsza metoda zeszycia ściany brzusznej w celu zapobiegania przepuklinom brzusznym; 5) Leczenie ropienia w miednicy.

— Trzeci międzynarodowy kongres dermatologiczny odbędzie się w Londynie od 31. Lipca do 4. Sierpnia 1895.

— Na jednem z ostatnich posiedzeń paryskiej akademii lekarskiej mówił Petit o trzech przypadkach nagłej śmierci podczas używania welocypedów. Pierwszy przypadek tyczy się 65-letniego mężczyzny, który od 4 tygodni ćwiczył się w jeździe na welocypedzie a umarł w chwili, gdy zamierzał zsiąść z tego wehikułu. Drugi przypadek zdarzył się u lekarza liczącego 48 lat, który po przebyciu duru brzusznego chciał pozbyć się otyłości przez jeżdżenie na welocypedzie. Tu nastąpiła śmierć nagle wśród duszności i gwałtownego bólu w okolicy serca. Trzeci przypadek tyczy się 40-letniego sportsmana, który zmarł jadąc na welocypedzie. Petit sądzi na podstawie tych przypadków, że nie powinni jeździć na welocypedzie ludzie starsi i mający wadę organiczną serca.

— Towarzystwo lekarskie w Charleroi wyznaczyło konkurs na napisanie najlepszej rozprawy na temat: Zbadać niewłaściwość anonsów lekarskich w dziennikach politycznych ze względu tak na dobro chorych jak i na godność stanu lekarskiego. Najlepsza praca otrzyma 100 franków nagrody.

— Tego roku pojawiają się w Paryżu bardzo często otrucia po spożyciu raków; czy ich przyczyną jest jakaś choroba tych skorupiaków, czyniąca je niesposobnymi do konsumcyi przez ludzi, czy też pewien rozkład po zabiciu, niewiadomo. Miejska pracownia higieniczna paryska zwraca w tej mierze uwagę na jednę okoliczność, mogącą w tem odgrywać pewną rolę. Raki gotowane, przeznaczone do sprzedaży przechowują w lodzie pochodzącym przeważnie z okolic Paryża, lodzie bardzo nieczystym i zawierającym mnóstwo mikrobów. Otóż te mikroby znajdują w rakach wyborną pożywkę, mogą być powodem ich rozkładu chemicznego a tem samem i zatrucia ludzi je konsumujących.

— Dr. William Parker, lekarz poselstwa północno-amerykańskiego w Chinach otrzymał za leczenie pewnego wysokiego dygnitarza chińskiego tytuł mandaryna.

— W Kalkucie odbędzie się w roku bieżącym od 24. do 29. Grudnia pierwszy indyjski kongres lekarski, którego prace naukowe rozdzielono na 6 sekcyj według głównych i spokrewnionych ze sobą działów medycyny.

— Doktorka medycyny Lilias Hamilton zamianowaną została lekarką haremu Abdurramana, emira Afganistanu.

— **Nekrologia**. Zmarli: Dr. **Leon Warnots**, profesor medycyny operacyjnej w Brukselli. — Dr. **A. B. Miles**, prof. chirurgii w Nowym Orleanie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 29. Września 1894 r. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisł. w Grabowicz 187 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki ginekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

Ventrofixatio uteri.

Odczyt w sekcyi ginekol. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Podał

Dr. Ludwik Świtalski,

II. asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Frommel [1]) opierając się na twierdzeniu Schultzego, że w przeważnej liczbie przypadków przyczyna tyłopochylenia macicy tkwi w zwiotczeniu więzadeł tylnych *(lig. recto-uterina)*, chciał przez skrócenie ich od strony jamy brzusznej utrzymać macicę ku przodowi. Złe wyniki w pięciu na siedm w ten sposób przez niego operowanych przypadków, skłoniły go do zaniechania tego sposobu operacyjnego.

Przyszywanie macicy do przedniej ściany brzusznej bez otwierania jamy otrzewnowej, jak to operowali Kaltenbach, Assaky, Caneva, Leith, Napier, Krug, nawet pomimo ich dobrych wyników, z przyczyny możliwości obrażenia jelit nie zasługuje na uwzględnienie.

Bardzo wielka ilość różnych metod operacyjnych, z których tylko ważniejsze tutaj wyliczyłem, świadczy najlepiej, że nie ma jeszcze idealnego sposobu operacyjnego; najmniej zawiłe a pewne wyniki dające metody Leopolda i Czernego są uważane za najlepsze.

Pomyślne wyniki po przyszyciu macicy do przedniej ściany brzusznej w przpadkach, w których każde inne leczenie pozostawało bez skutku, uczyniły tę operacyę prawie niezbędną i dlatego też dziś wliczono ją już w poczet stałych zabiegów operacyjnych.

Schepers [2]) do r. 1890. zebrał 178 przypadków wentrofiksacyi wykonanych przez 39 operatorów; z tego w 173 przypadkach był wynik dobry, w 4-ch zły a jeden przypadek śmierci z zapalenia płuc. Baudouin [1]) zestawia 255 przypadków: 2 chore umarły, w 11 był wynik zły, w 13 niezupełny. Niekorzystnej strony tej operacyi, jak ustalenie macicy w położeniu zbaczającem od fizyologicznego, dzisiaj nie bierze się już tak bardzo w rachubę, gdyż dłuższe obserwacye wykazały, że chore przy tem położeniu macicy nie doznają żadnych lub bardzo nieznacznych dolegliwości i że wpływ tego położenia macicy na koncepcyę, przebieg ciąży i porodu nie jest tak niekorzystny, jak się tego z początku obawiano.

Sänger, Olshausen, Lannelongue i Leopold utrzymują, że zrosty łączące macicę ze ścianą brzuszną podczas ciąży ulegają znacznemu rozluźnieniu i rozciągnięciu tak, że macica może rozrastać się bez przeszkody. Przypadki w których po wentrofiksacyi wystąpiła ciąża i poród na czasie, ogłosili Olshausen [2]), Leopold [3]), Sänger [4]) Löhlein [5]), Klotz [6]), Pozzi [7]), Mackenrodt [8]), Wegener [9]), Fleischlen [10]), Currier [11]), Traiport [12]), Marschner [13]), Howitz i Meyer [14]), Baudouin, Jacobs [15]), Terrier [16]).

W kilku przypadkach (Sänger, Winiwarter) w pierwszych miesiącach ciąży występywały dosyć mocne bóle w dolnej części brzucha, prawdopodobnie zależne od naciągania zrostów; bóle te ustępywały w późniejszych miesiącach.

[1]) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1893. Bd. XXVII. Ht. 2.
[2]) Schepers: Inaug. Dissert. 1890.

[1]) Frommel's Jahresbericht. 1890.
[2]) Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. Bd. XX. s. 230.
[3]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 317.
[4]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 308.
[5]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1895. s. 242.
[6]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 97.
[7]) Pozzi: Lehrbuch der klin. operativ. Gynäk. 1892.
[8]) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. Nr. 22.
[9]) Centralblatt f. Gynäk. 1893. Nr. 13.
[10]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. Nr. 50.
[11]) Centralblatt f. Gynäk. 1893. Nr. 14.
[12]) Frommel's Jahresbericht. 1890. s. 494.
[13]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 117.
[14]) Centralblatt f. Gynäk. 1891.
[15]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 309.
[16]) Inaug. Dissert. v. I. Esser.

Czy poronienia i porody przedwczesne, które kilkakrotnie wystąpiły po wentrofiksacyi, zostają w związku z ustaleniem macicy, trudno ocenić, gdyż poronienie i w przypadkach ciąży, gdzie macica jest całkiem wolna, nie należą do rzadkości.

Co się tyczy przyszywania macicy do powłok brzusznych przy jej wypadnięciach, to wszyscy, którzy z tego wskazania operacye te wykonywali, podają, że samo nie wystarcza i że trzeba je łączyć z kolporafią.

Olshausen podając swoją metodę przyszycia macicy skreślił wskazanie tymi słowy: *nur in sehr vereinzelten und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhärenter Retroflexion oder Prolapsus glaube ich, dass die Operation am Platze sein kann.* Dobre jednak wyniki zachęciły wielu operatorów, jak Sängera, Leopolda, Czernego, Veita, Löhleina i t. d. do rozszerzenia wskazania do tego zabiegu operacyjnego i w tyłozgięciach macicy wolnych, gdy leczenie nieoperacyjne nie prowadzi do celu a przypady towarzyszące tej zmianie są bardzo gwałtowne.

Sänger usprawiedliwia wentrofiksacyę w tych przypadkach tem, że przy ruchomości macicy operacya ta jest o wiele łatwiejszą i nie tak niebezpieczną, jak przy przyrośnięciu macicy.

Pozzi jest przeciwnikiem wentrofiksacyi przy tyłozgięciach macicy wolnych i poleca wprzód wykonać operacyę Aleksandra-Adamsa a gdyby ta zawiodła, przystąpić dopiero do wentrofiksacyi, którą uważa za racyonalniejszą, pewniejszą a nawet mniej niebezpieczną od zabiegów operacyjnych od strony pochwy.

Przy wypadnięciach macicy określono wskazanie dla tej operacyi w tych uporczywych przypadkach, w których dawniej odcinano macicę nad pochwą z wszywaniem kikuta w ranę brzuszną (P. Müller) lub nawet robiono wycięcie macicy od strony pochwy.

Wszyscy zgadzają się na to, aby przy laparotomii z innego wskazania macicę tyło-zgiętą lub wypadłą przytwierdzać do powłok brzusznych.

Racoviceanu [1]) i Delageniere [2]) polecają jeszcze wentrofiksacyę przy obniżeniu jajników, skoro chora z powodu tego nie może znosić krążków. Baudouin [3]) dodaje do wskazań wynicowanie macicy, aby przez przyszycie jej zapobiedz nawrotom.

W klinice krakowskiej w tym roku szkolnym wykonaliśmy z rozmaitych wskazań i różnemi metodami przyszycie macicy do przedniej ściany brzusznej dwanaście razy.

1) Z. Ż., lat 36, zamężna, z Gruszowa. Rozpoznanie: *Cystoma ovarii dextri. Prolapsus uteri completus.*

31. Października 1893. wykonano owaryotomię i przyszyto macicę do przedniej ściany brzusznej metodą Czernego z modyfikacyą Terriera.

Przebieg pooperacyjny niczem niezakłócony. Po operacyi przez cały czas pobytu w klinice zakładano do pochwy tampony napojone odwarem korzenia partwinowego *(decoct. radd. ratanhiae).*

6. Grudnia chora opuszcza klinikę a badanie w tym czasie wykazało macicę w przodopochyleniu i lekkiej elewacyi przyrosłą do ściany brzusznej; w razie mocnego parcia tylko dolny odcinek tylnej ściany pochwy nieco wysuwa się na zewnątrz. Podmiotowo nie doznaje operowana żadnych dolegliwości. W cztery miesiące po operacyi zaszła w ciążę i obecnie będąc w 5-tym miesiącu ciąży nie doznaje najmniejszych dolegliwości. Macica stósownie do okresu ciąży powiększona, jest ułożona w przodozgięciu i przylega ściśle do powłok brzusznych.

2) N. D., lat 55, zamężna, z Rabki. Rozpoznanie: *Cystoma ovarii dextri accretum. Descensus uteri retroversi, prolapsus vaginae posterioris et descensus vaginae anterioris.*

9. Listopada 1893 roku. *Ovariotomia et ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po operacyi zakładano podobnie, jak w pierwszym przypadku tampony napojone odwarem korzenia partwinowego.

14. Grudnia opuszcza operowana klinikę a przez badanie można przekonać się, że macica znajduje się w przodopochyleniu i zgięciu i jest przyrosłą do powłok brzusznych. Pochwa nawet przy mocnem parciu nie wysuwa się na zewnątrz.

3) K. K., lat 38, stanu wolnego, z Bochni. Rozpoznanie: *Uterus retroversus fixatus. Pelveoperitonitis adhaesiva. Haematosalpinx dextra.*

1. Marca 1894 r. *Salpingectomia dextra. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Rodziła raz w 16. roku życia; poród i połóg prawidłowy. Po poronieniu, które nastąpiło w dwa lata później, chorowała przez kilka tygodni wśród dreszczów, gorączki i bólów dołem. Od tego czasu prawie ciągłe bóle dołem i w krzyżach, znacznie zwiększające się podczas regularności. Chorą leczono kilkakrotnie w klinice bez skutku. Wobec ciągle utrzymujących się przypadów, które wzmogły się w ostatnich miesiącach, przystąpiono 1. Marca 1894. do operacyi. Rozcięto powłoki brzuszne w długości 14 centymetrów a gdy pomimo tego był utrudniony przystęp do macicy, nacięto obustronnie mięśnie proste; następnie przeciągnięto przez przednią ścianę macicy nitkę jedwabną i za pomocą niej podtrzymywano macicę ku górze. Trąbkę prawą pokręconą i rozszerzoną do grubości małego palca, zrosłą z macicą i więzadłem szerokiem z wielką trudnością oddzielono i odcięto. W końcu przyszyto do przedniej ściany brzusznej macicę, oddzieliwszy poprzednio wiotkie zrosty między nią a tylną ścianą miednicy.

Przez pierwsze dni po operacyi chora bardzo niespokojna, skarży się na bóle w krzyżach i dołem; dalszy przebieg prawidłowy.

30. Marca wykazało badanie macicę w przodopochyleniu i zgięciu przyrosłą do ściany brzucha. Od tyłu i na lewo od macicy daje się wybadać wypocina, dla której chora przez dłuższy czas pozostawała w leczeniu, uskarżając się na bóle w krzyżach i dołem. Jakkolwiek wynik operacyi co do położenia macicy jest obecnie bardzo dobry, przypady jednak mają się dalej utrzymywać. Nie można jednak całkowicie polegać na zeznaniu chorej, która nie mając wcale ochoty do pracy, chciałaby stale przebywać w szpitalu lub klinice i dlatego przesadza znacznie wszystkie przypady.

4) P. J., lat 33, zamężna, z Wieliczki. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Metritis et endometritis chronica.*

Wywiady: Zamężna od 10 lat. Miesiączkowała dawniej prawidłowo. Trzy pierwsze razy roniła, zawsze z początkiem siódmego miesiąca ciąży. Rodziła trzy razy prawidłowo, ostatni poród przed trzema laty. Regularność po ostatnim porodzie wystąpiła w siedm miesięcy i powtarza się od tego czasu zawsze z mocnymi bólami dołem brzucha i w krzyżach; bóle te, jakkolwiek w mniejszym stopniu, utrzymują się, zwłaszcza w ostatnich miesiącach i poza regularnością tak, że chora czuje się w skutek tego niezdolną do pracy. Od roku regularność znacznie obfitsza i utrzymuje się dłużej niż dawniej. Od kilku miesięcy obfite białe upławy.

W roku 1892. leczona przez kilka miesięcy w szpitalu św. Łazarza, poczem stan chorej poprawił się znacznie. W Październiku 1893 r. zgłosiła się do kliniki a badanie podówczas wykazało: część pochwowa gruba i twarda, niżej

[1]) Frommel's Jahresbericht. 1889. s. 448.
[2]) Ibidem. 1890. s. 492.
[3]) Centralblatt f. Gynäk. 1891. s. 288.

i nieco więcej ku przodowi ustawiona; brzegi ujścia zewnętrznego nierówne. Trzon, większy leży ku tyłowi, mocno zrostami prawie na całej powierzchni przytwierdzony do tylnej ściany miednicy. Przy usiłowaniu odprowadzenia macicy chora doznaje mocnych bólów. Wziernikiem można wykazać na brzegach ujścia dużą, brodawkowatą nadżerkę. Zgłębnik wykazuje jamę macicy o 3 cm. dłuższą.

Leczenie: Kąpiele ciepłe, gorące wstrzykiwania, mięsienie i jod w tamponach. Podczas tego leczenia zrosty rozluźniły się na tyle a częścią poprzerywały, że macicę można było wprowadzić w przodopochylenie, przyczem jednak można było wybadać gruby postronek po stronie lewej macicy, który sprawiał, że macica puszczona opadała w pierwotne położenie i ani krążkami ani tamponami ku przodowi utrzymać się nie dała. Kiedy usiłowania w celu rozciągnięcia (bo o przerwaniu nie było mowy dla zbytniej grubości) tego postronka nie odniosły pomimo długiego leczenia pożądanego skutku a bóle wkrótce po przerwaniu leczenia wystąpiły w tym stopniu, jak były dawniej, zaproponowano chorej operacyę, którą wykonano dnia 1. Marca 1894 roku. Rozcięto powłoki brzuszne w długości około 12 cm., oddzielono luźne zrosty między macicą a tylną częścią ściany miednicy, postronek zaś przebiegający od rogu lewego macicy do bocznej ściany miednicy, mocno się napinający przy podnoszeniu macicy podwiązano w dwóch miejscach i przecięto między podwiązkami, poczem macica z łatwością dała się podnieść ku górze i ku przodowi. Następnie przytwierdzono do powłok brzusznych w okolicy dolnego kąta rany macicę w ten sposób, że ją ułożono w przodozgięciu i górną część tylnej ściany ku przodowi teraz zwróconej przyszyto tak, że przeprowadzono dwa szwy katgutowe przez warstwę mięśnia i otrzewnę jednego brzegu rany, potem przez tylną ścianę macicy jeden w odległości $1^1/_2$ cm. od dna a drugi tuż przy dnie macicy, następnie przez otrzewnę i warstwę mięśnia drugiego brzegu. Szwy przez macicę przeprowadzono sposobem Terriera, t. j. część nitki przebiegała wolno na powierzchni macicy. Po zespojeniu powłok brzusznych opatrzono przeciwgnilnie.

Przebieg: Przez pierwszych kilka dni mocne bóle dołem brzucha i w krzyżach, które potem ustąpiły całkowicie. Od 17. do 21. Marca regularność nie tak obfita, jak przed operacyą i z lekkimi tylko bólami.

3. Kwietnia chora opuszcza klinikę a badanie wykazuje macicę, w przodozgięciu przyrosłą do przedniej ściany brzucha, nadżerka na brzegach ujścia zgojona całkowicie a zgłębnik wykazuje jamę macicy o $1^1/_2$ cm. krótszą, niż przed operacyą. Podmiotowo stan znacznie lepszy; chora skarży się tylko na występujące czasami bóle dołem.

Osoba ta jest w ciągłej obserwacyi i co kilka tygodni zgłasza się do kliniki. Ostatni raz badana 15. Lipca b. r. a więc w $4^1/_2$ miesiąca po operacyi. Podaje, że regularność odbywa się prawidłowo, że nie doznaje żadnych dolegliwości i czuje się całkiem zdrową. Przedmiotowo można przekonać się, że macica, w przodozgięciu przyrosła do ściany brzusznej jest względnie nawet znacznie ruchoma. Część pochwowa może tylko nieco grubsza. Jama macicy dłuższa o centymetr. Upławów nie ma. (Dokończenie nastąpi).

II. O znaczeniu obecności gonokoków w starych plamach.

Podali

Dr. Julian Nowak, asystent katedry anatomii patolog. w Uniw. Jagiell. i **Dr. Leon Wachholz,** docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Badania w tej sprawie podjęliśmy przy sposobności przypadku sądowego, który poruczono jednemu z nas celem wydania opinii.

Zanim przystąpimy do zdania sprawy z wyników swych badań, uważamy za potrzebne zestawić w krótkości dotychczasową literaturę, tyczącą się jadu wiewióra (trypra) a to na dowód, iż w badaniach swych nie przeoczyliśmy ani jednej metody, używanej w celu hodowania gonokoków.

Jak wiadomo, był pierwszym Neisser [1]), który w roku 1879. podał wyniki swych badań, wykazujące w wydzielinie cewki moczowej i worka spojówkowego osób, dotkniętych wiewiórem drobnoustroje, ułożone w dwójki, podobne z kształtu do bułek, wedle Bumma do dwóch ziaren kawy zwróconych do siebie płaską powierzchnią, czasem na tej płaskiej powierzchni zaklęsłe, w średniej długości 1,25 μ. a również średniej szerokości 0,6 — 0,8 μ., odbarwiające się metodą Grama. Te drobnoustroje znajdywał Neisser we wnętrzu pierwoszcza komórek i ciałek ropnych, ułożone często w kępki, przeciwnie jak inne mikroorganizmy, znajdujące się w wydzielinie wiewiórowej, które znajdują się luźnie poza obrębem komórek. Z kolei pchnął naprzód naukę o gonokokach Bockhardt [2]), któremu udało się podobnie jak Bummowi, Kreisowi [3]) i innym wyhodować gonokoki na sztucznych pożywkach. Bockhardt i Koch [4]) uzyskali sztuczne hodowle gonokoków na zwykłym i glicerynowym agarze; nie przekonawszy się atoli za pomocą przeszczepienia na cewkę moczową o ich skuteczności, nie dostarczyli niezbitego dowodu, iż wyhodowany mikroorganizm był w istocie gonokokiem. Bumm [4]) wyhodował gonokoki na skrzepłej surowicy krwi i dowiódł obecności gonokoków w hodowli pomyślnem przeszczepieniem drugiej generacyi na cewkę moczową kobiecą. Postępowanie wszakże Bumma było tak uciążliwe i trudne, że metodę jego policzono do najtrudniejszych manipulacyj bakteryologicznych. Przedewszystkiem zależało otrzymanie hodowli od samej pożywki; jak zaś wiadomo, nie łatwo jest otrzymać stósownie przygotowaną surowicę krwi ludzkiej, powtóre, od czystości ropy wiewiórowej, to znaczy, że ropa mieszcząca inne mikroorganizmy, oprócz gonokoków nie dawała hodowli z powodu przerastania owych mikroorganizmów, potrzecie, od ilości szczepionki, cienki bowiem pokład zaszczepionej ropy nie prowadził do pomyślnego skutku [4]). Jeźli w obec tych trudności zważy się jeszcze, że mimo wszelkich korzystnych okoliczności, nieraz i tak hodowla nie uda się, lub przyjąwszy się, rychło zaginie, to całkiem słusznie można nazwać metodę Bumma uciążliwą i niepewną. W przekonaniu o tych słabych stronach metody Bumma, ogłosił nowe postępowanie Wertheim [4]). Ten zastósował postępowanie płytowe, opisane przez Hüppego [4]) a zalecone przez Bockhardta. W wyjałowioną surowicę krwi ludzkiej (z pępowin noworodków uzyskanej) zaszczepiał ropę wiewiórową, zebraną bez ostrożności zalecanych przez Bumma a więc zanieczyszczoną innemi mikroorganizmami, następnie ogrzewał surowicę tę na łaźni wodnej do 40° C. i mięszał ją w stosunku 1:3 z agarem peptonowym, również do 40° C. ogrzanym. Skłóciwszy tę mieszaninę, wylewał ją do miseczek a po stężeniu wstawiał do termostatu w ciepłotę 36° C. Po 24 godzinach otrzymywał w ten sposób kolonie przeważnie głębokie. Powierzchowne kolonie, będące w mniejszej ilości, przedstawiały się w powiększeniu imerzyjnem, jak rzadki mech.

[1]) Centralblatt f. d. medicin. Wiss. 1879. Nr. 28.
[2]) Viertelj. f. Dermatol. u. Syphilis. 1883.
[3]) Über die prakt. Bedeutung d. Gonoc. von Dr. Oberländer. Berliner Klinik. Z. 5.
[4]) Die ascendirende Gonorrhoe b. Weibe von Dr. E. Wertheim. Archiv f. Gynäkol. 42. Bd. Berlin 1892.

W preparatach otrzymanych z tych kolonij przez odbicie (Abklatsch) uwidoczniały się typowe gonokoki małe, nowo utworzone, obok wielkich, z zaledwie miejscami widoczną szczelinką podziału, znajdujących się zatem w okresie dzielenia. Wszystkie one pochłaniały znakomicie barwik, odbarwiały się zaś metodą Grama. Po 48 godzinach były kolonie głębokie więcej zbite o ostrych zarysach, już to okrągłe, już też owalne lub osełkowate, we wpadającem świetle białoszare, w przepuszczonem żółto-brązowe. Kolonie te wejrzeniem swem przypominały jagodę ostrężynową. Kolonie powierzchowne, które powstały przez wydobycie się na wierzch głębokich, okazywały zbity środek, podobny do kolonii głębokiej a w okół tego ciemniej zabarwionego środka roztaczała się cienka przejrzysta i bezbarwna, nieco nad poziom pożywki stercząca powłoczka, przedstawiająca się przy stokrotnem powiększeniu jednostajnie drobnoziarnistą, na obwodzie zatokowatą z cienkiemi wypustkami. Z tych kolonij uzyskane odbicia okazują na obwodzie świeże generacye gonokoków, w środku zaś źle barwiące się i zniekształcone formy inwolucyjne (w postaci niekształtnych kruszyn). W 4. i 5-tym dniu cała kolonia składa się z form inwolucyjnych, jest wszakże jeszcze w 8-mym dniu przydatna do przeszczepienia, jeżeli tylko nie wyschła. Ten wzrost na płytach, niczem zresztą tak dalece nie charakterystyczny, różni się od wzrostu gronkowców (*staphylococcus*) tem, że kolonie ich mają budowę zbitszą, jednolitszą, w świetle przepuszczonem szaroczarną, od łańcuszkowców zaś (*streptococcus*) występowaniem u nich łańcuszków w hodowli bulionowej, gdy gonokok nigdy nie tworzy łańcuszków. Wreszcie pozwala powyższe drobnoustroje odróżnić metoda barwienia podana przez Grama.

Uzyskawszy w ten sposób wielokrotne hodowle, przeszczepiał je Wertheim na cewkę moczową chorych na niedołęztwo porażne, zawsze ze skutkiem.

Wnioski, do jakich doszedł Wertheim, przedstawiają się pokrótce tak:

Z każdej, najbardziej zanieczyszczonej ropy wiewiórowej można otrzymać hodowle gonokoków z wielką łatwością przez użycie płyt. Hodują się one także na zwykłym lub glicerynowym agarze, gorzej wszakże niż na skrzepłej surowicy krwi. Na agar zaszczepione tworzą po 24 godzinach w miejscu zaszczepienia drobne, jak woda jasne, punkciki, które łącząc się razem, tworzą w następnych dniach białawe masy kształtu liścia, nie rozszerzające się dalej od dnia ósmego. Zaszczepione na agar ze surowicą w rurce tworzą już po kilku godzinach drobne, punktowate kolonie, które po upływie 24 godzin przedstawiają się jako wielki szarawy nalot wilgotny, świecący, o falistym brzegu, z bezbarwną, przejrzystą otoczką, widoczną w świetle skośnie padającem. Kolonie przedstawiają masę lepką i ciągliwą. Przyczyną lepszego i bujniejszego wzrostu na surowicy z agarem, niż na czystej surowicy, jest obecność bulionu w pierwszej pożywce; to też i surowica zmięszana z bulionem stanowi znakomitą pożywkę, w której gonokoki szybko się rozrastają, tworząc na powierzchni z dnia na dzień grubszą, łuskowatą błonkę *(Kammhaut)* i osad na dole rurki. W błonce tej znajdują się gonokoki tworzące *zoogloea*. Najlepszą pożywkę dla gonokoków stanowi mięszanina surowicy krwi ludzkiej z agarem lub bulionem, nieco gorszą takaż mięszanina z surowicą krwi zwierzęcej, najgorszą czysta surowica ludzka.

Żywotność i przeszczepialność zachowują gonokoki przez 5—6 tygodni a nawet dłużej w hodowli z surowicy i agaru a tracą je z chwilą wyschnięcia hodowli.

Jakkolwiek metoda Wertheima polegająca na kombinacyi dwóch pożywek t. j. surowicy krwi i agaru (lub bulionu) przedstawia wielki postęp i znaczne ułatwienie hodowania gonokoków, to jednak wymaga ona zawsze surowicy krwi, której otrzymanie nie jest dla każdego tak dostępnem, jak innych pożywek. Trudność tę usiłował Finger [1]) usunąć w ten sposób, iż zamiast surowicy krwi używał moczu mięszając go z agarem peptonowym w stósunku 1 : 2. W ten sposób postępując, przekonał się Finger, iż gonokoki hodują się bardzo dobrze na nieco kwaśnej spożywce. Wreszcie doniósł w ostatnich czasach Turró [2]) o wynikach swych badań, które, zdaje się, że znacznie ułatwiają otrzymanie czystej hodowli gonokoków. Wedle jego doświadczenia, rozwija się gonokok najlepiej na tle kwaśnem; mocz zmięszany z ropą wiewiórową oddziaływa zasadowo, oddziaływa wszakże kwaśno, jeźli ropa osiędzie na dnie. Dając mocz taki do termostatu otrzymywał w nim Turró przy pewnem przygotowaniu prawie czystą hodowlę gonokoków po upływie 24 godzin, podczas gdy inne mikroorganizmy osiadały wraz z ropą na dnie naczynia.

Hodowle te były jeszcze bujniejsze, gdy zaprawił mocz peptonem w stósunku $^1/_2$—$1^0/_0$. Również doskonale rosły gonokoki na kwaśnej żelatynie, sporządzanej z bulionu zobojętnionego, zmięszanego z $10^0/_0$ żelatyny nie zobojętnionej (kwaśnej) i $^1/_2$—$1^0/_0$ peptonu. Z hodowli tych przeszczepiał gonokoki pod napletek u psów, przyczem już po 1—2 dniach otrzymywał kliniczny obraz ostrego wiewióra.

Punktem wyjścia naszych doświadczeń było badanie plam starych na spodnicy pod względem obecności plemników, jak to już nadmieniliśmy, powierzone jednemu z nas przez tutejszy sąd krajowy karny.

Historya przypadku tego, o której dowiedzieliśmy się już po złożeniu orzeczenia, jest następująca:

Ubiegłego lata spostrzegła Agnieszka K., włościanka z Bilczyc (w powiecie dobczyckim) przechodząc łąką, pastucha Piotra D., lat 21. liczącego, spółkującego z 10-letnią Barbarą D. pasącą nieopodal bydło. Dziewczę wypytywane przez matkę i przed sądem zeznało, iż uległo groźbom Piotra już po raz szósty.

Dla wykazania istoty czynu, przesłano spódnicę płócienną dość zabrudzoną do zbadania pod względem obecności plemników. Na wewnętrznej stronie spódnicy znaleźliśmy kilka plam zatokowatych, podobnych swemi zarysami do map geograficznych, jakby krochmalnych, wreszcie jedną plamę złożoną z żółtych przyschłych grudek, budzącą podejrzenie plamy powstałej z ropy.

Badanie plam wspomnianych w sposób zwykle używany, tak za pomocą barwienia jak i bez niego, wykazało dobrze utrzymane plemniki. Natomiast rozmiękłe w wodzie przekroplonej grudki, zeskrobane z plamy w końcu wymienionej, przedstawiały się pod mikroskopem jako grudki złożone z mnóstwa ciałek wypocinowych i rozpadających się komórek przybłonka płaskiego.

[1]) Verhandl. d. k. k. Gesellschaft d. Ärzte in Wien am 11. Mai 1894. Ärztl. C. Anz. Nr. 19. 1894.

[2]) Gonokokkenzüchtung und künstlicher Tripper. Vorläufige Mittheilungen Centralblatt f. Bakt. XVI. Bd. 1 H.

Na tym wyniku badania opierając się, nie ulegało najmniejszej wątpliwości, iż plama, o którą chodzi, pochodziła z ropy. Kilka innych grudek zeskrobanych z tej plamy rozmoczono w wodzie wyjałowionej na szkiełku przykrywkowem i roztarto je na cienką warstwę, poczem zabarwiono jedne błękitem metylenu, inne metodą podaną przez Lanza[1]) dla barwienia gonokoków, inne wreszcie metodą Grama, używając do podbarwiania wodnego rozczynu fuchsyny.

We wszystkich uzyskano diplokoki ułożone w grupach już to w pierwoszczu komórek już też luźnie, wszystkie niemal pod względem morfologicznym zupełnie takie same, jak gonokoki. W preparatach barwionych metodą Lanza widać obrazy wyrazistsze. W preparatach barwionych metodą Grama okazało się, iż jedne diplokoki a to przeważnie te, które znajdowały się we wnętrzu ciałek ropnych, odbarwiły się pochłaniając fuksynę, użytą do podbarwienia, inne zaś diplokoki i koki luźne zatrzymały barwik pierwotny, t. j. fiolet goryczkowy (wedle przepisu Ehrlicha-Kocha).

Nie mając żadnych wyjaśnień ze strony sądu co do historyi przypadku, ani też świadectwa lekarskiego co do stanu fizycznego tak obwinionego jak i poszkodowanej, opierając się wyłącznie na wyniku badania mikroskopowego ułożono orzeczenie dla sądu w sposób następujący:

1) Twory opisane pod l. *x.* w protokole badania mikroskopowego są plemnikami, znajdującemi się wyłącznie w męskiem nasieniu a stanowiącemi dlań jedynie charakterystyczny składnik. To też rzecz pewna, że plamy, w których znaleziono plemniki, pochodzą z wylanego nasienia męzkiego.

2) Twory opisane w protokole pod l. *y.* są najpodobniej do prawdy gonokokami, t. j. mikroorganizmami, wywołującemi wiewiór; plama zaś, w której je znaleziono, pochodzi z ropy, jak się zdaje, wiewiórowej.

3) Jeźli badanie lekarskie wykaże u obwinionego lub poszkodowanej lub u obu razem ropny wyciek z części płciowych (z cewki), nie będzie ulegało wówczas wątpliwości, iż mają oni wiewiór. (Dokończenie nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Zdaniem Engelstedta[2]), Herholda[3]), Otisa[4]), Banksa[5]) i Mauriaca[6]) trzeciorzędna kiła rodziców w wyjątkowych tylko przypadkach przekazuje się potomstwu, przyrzut kiłowy bowiem w późniejszych okresach choroby w skutek czasu oraz dzięki kilkakrotnemu leczeniu swoistemu, zatraca swe zakaźne własności oraz zdolność udzielania się potomstwu; jednak dzieci spłodzone przez rodziców dotkniętych późną kiłą, rzadko cieszą się zupełnem zdrowiem, najczęściej zaś mają ustrój wątły i są źle odżywione, nadto objawiają się u nich często oznaki chéry zołzowej lub krzywicowej. Długi poczet dawniejszych autorów wypowiedział zdanie, jakoby trzeciorzędna kiła rodziców zwykła przekazywać się dzieciom w postaci zołzów, krzywicy lub gruźlicy (Astruc[1]), Hufeland[2]), Savage[3]), Ricord[4]), Potton[5]), Putegnat[6]), Baumés[7]), Hänel[8]), Hebra[9]), Mackenzie[10])).

Co się tyczy tych odosobnionych, rzadko napotykanych przypadków, w których trzeciorzędna kiła rodziców udzielała się potomstwu (Sigmund[11]), Köbner[12]), Kassowitz[13]), Henoch[14]), Lee[15])), wypada przypuścić, iż w niektórych zaraźliwy drugorzędny okres choroby nieco przedłużył się, objawy zaś opisywane przez autorów należało zaliczyć do rzędu spóźnionej postaci nawrotowej drugorzędnej kiły; w przypadkach zaś Henocha i Leego kiła rodziców wprawdzie znajdowała się niewątpliwie w trzeciorzędnym okresie, jednak powstaje tu wątpliwość co do pochodzenia kiły dziedzicznej potomstwa; mianowicie przypuścić można, iż choroba potomstwa nie pochodziła od matki dotkniętej późną kiłą, lecz winowajcą kiły dziecka był ojciec, albowiem o stanie jego zdrowia nie znajdujemy wzmianki w odnoszących się do tego spostrzeżeniach.

W ogólności wykazują spostrzeżenia kliniczne, iż z biegiem czasu kiła rodziców staje się coraz mniej niebezpieczną i szkodliwą dla dzieci. Im więcej lat upłynęło od chwili zakażenia się rodziców, tem mniej może kiła przekazywać się potomstwu. Odziedziczanie kiły od rodziców trwa zwykle dopóki przyrzut kiłowy znajduje się w ustroju rodziców a więc dopóki kiła rodziców nie przestaje się objawiać w postaci zmian t. zw. drugorzędnych, wtedy potomstwo może otrzymywać w spadku od rodziców kiłę; skoro zaś tylko kiła wstąpiła już w okres niezaraźliwy i objawia się li tylko zmianami trzeciorzędnemi, wtedy ustaje dziedziczne przekazywanie choroby. Rodzice kiłowi w początku płodzą nieżywe potomstwo, dotknięte poważnemi zmianami kiły przebytej najczęściej w łonie matki, później rodzą się dzieci z objawami wybitnej kiły, przychodzą jednak na świat w porę, następnie zaś objawy kiłowe u potomstwa słabną stopniowo, aż wreszcie rodzą się dzieci zdrowe i wolne od wszelkich objawów kiły. Wszyscy też dawniejsi i spółcześni autorowie utrzymują zgodnie, iż kiła rodziców zatracając z biegiem czasu swą zaraźliwość, staje się mniej niebezpieczną dla potomstwa (Dieterich[16]), Maisonneuve

[1]) Deutsche med. Wochenschrift Nr. 9. 1894. i Kronika lekarska Lipiec 1894. Zeszyt 7.
[2]) Schmidt's Jahrbücher. 1876. 10. s. 38.
[3]) Über Syphilis hereditaria. Inaug. Dissert. Berlin. 1884. s. 13.
[4]) Practical clinical lessons on syphilis and the genitourinary diseases. New-Jork. 1886. s. 49.
[5]) New-Jork medical Record. 1888. 916.
[6]) Syphilis tertiaire et héréditaire. Paris. 1890. s. 1085—1086.

[1]) Bertin, l. c. str. 6.
[2]) Über die Skrophelkrankheit. 1819. s. 20.
[3]) Potton: De la prostitution de la ville de Lyon. 1842. s. 144.
[4]) Praktische Abhandlungen über die vener. Krankheit. Leipzig. 1838. str. 328.
[5]) l. c. str. 149—150.
[6]) l. c. str. 148—150.
[7]) l. c. I. str. 178—183.
[8]) Virchow: Über die Natur der Konstit.-Syphil. Affectionen. Berlin 1859. str. 2.
[9]) Prager Viertelj. 1855. s. 131.
[10]) Tamże. 1856. 2. s. 41—42.
[11]) Zeitschrift d. Gesells. d. Wiener Aerzte. 1858. N. Folge I. 5.
[12]) l. c. str. 127—128. Fall XIV.
[13]) l. c. str. 95.
[14]) Beiträge zur Kinderheilkunde. 1868. N. F. s. 416—417.
[15]) Lancet. 1868. II. s. 671.
[16]) Die Krankheitsfamilie-Syphilis. Landshut. 1842. I. s. 212.

et Montanier[1]), Putegnat[2]), Diday[3]), Roger[4]), Boeck[5]), Blaise[6]), Lang[7]), Chiappa[8]), Kaposi[9]) i t. d.). Ścisłe jednak oznaczenie okresu czasu, po którym kiła rodziców jako taka przestaje przekazywać się potomstwu, jest dość trudnem, długość albowiem wymienionego okresu zależy od charakteru, przebiegu i właściwości kiły rodziców, następnie zależy od tego, czy kiłę rodziców leczono, czy też pozostawiono dobrowolnemu przebiegowi itp.; okoliczności zaś wymienione w rozmaitych przypadkach są niejednakowe.

W przeważnej części przypadków odziedziczanie kiły odbywa się wyłącznie w drugorzędnym jej okresie, to jest w ciągu pierwszych 3 do 4 lat po zakażeniu się rodziców; w takich przypadkach choroba zwykle udziela się dzieciom niezależnie od tego, czy kiła rodziców była w chwili płodzenia widoczną czy też utajoną; następnie niebezpieczeństwo odziedziczania kiły stopniowo się zmniejsza z wiekiem choroby rodziców, co wyraża się w ten sposób, iż w pierwszym roku kiła rodziców jest dla potomstwa najniebezpieczniejszą i prawie zawsze prowadzi w następstwie za sobą poronienie nieżywego i dotkniętego poważnemi zmianami swoistemi płodu; z zestawień statystycznych Fourniera wypada, iż na 176 przypadków porodu nieżywych dzieci w skutek kiły rodziców 139 przypadało na pierwsze 3 lata, liczba zaś przypadków śmierci płodu w pierwszym roku kiły rodziców wynosiła połowę ogólnej liczby poronień i porodów nieżywych, kiłowych dzieci; w drugim i trzecim roku kiły rodziców śmiertelność potomstwa zmniejsza się znacznie. Najdłużej trwa okres przekazywania kiły potomstwu i jest ona niebezpieczniejszą dla dzieci, jeśli oboje rodzice jednocześnie dotknięci są świeżą kiłą, lub matka nabyła kiłę później od ojca; w takich przypadkach, niekiedy w przeciągu 8—10 lat rodzą się wciąż kiłowe dzieci; według statystyki przytoczonej w rozprawie Krykusowej[10]), śmiertelność wśród dzieci spłodzonych przez kiłowe małżeństwa wynosiła 78%, z pośród zaś dzieci, które odziedziczyły kiłę li tylko od ojca, zmarło zaledwie 48%; według Fourniera chorobliwość potomstwa w razie kiły ojca wynosi zaledwie 37%, w razie kiły matki 84%; jeśli zaś ojciec i matka są kiłowi, 92%.

Z zestawień statystycznych Kassowitza wypada, iż zwykle już po upływie 5 lat po zakażeniu się rodziców, niekiedy jednak dopiero po 6—8 i nawet 11—12 latach rodzi się potomstwo bez kiły. Znane są też, wprawdzie rzadkie przypadki, w których kiła ojca przez długi czas znajduje się w drugorzędnym okresie i przekazuje w ciągu 6—9 lat dzieciom (Czystiakow[11]); następnie opisano przypadki, w których kiła rodziców nie przestawała udzielać się dzieciom po upływie nawet kilkunastu lat. W przypadku Barthélémego[12]) kiłowi rodzice w ciągu 14-tu lat spłodzili sześcioro dzieci, z nich czworo pierwszych zmarło wkrótce po urodzeniu, nie przedstawiając wszakże wyraźnych oznak kiły; piąte dziecię było wątłe i zapadło na śródmiąższowe przewlekłe zapalenie rogówki (*keratitis interstitialis*), szóste zaś dziecko, które przyszło na świat w 14 lat po zakażeniu się kiłą rodziców, okazywało wybitne objawy kiły dziedzicznej.

W wyżej już wzmiankowanym przypadku Henocha pewna kobieta, zaraziwszy się kiłą od męża w ciągu kilkunastu lat okazywała ciągle rozmaite podejrzane objawy na skórze i błonach śluzowych; w ciągu zaś tego czasu kilka razy poroniła; poprzedzał zaś te poronienia poród dziecka, które w pierwszych latach swego życia cierpiało na obrzmienie kości dolnych odnóg. Po 20 zaś latach urodziła wymieniona matka dziecię, u którego wystąpiły wkrótce wybitne oznaki kiły.

Przypadek Spillmanna[1]) tyczył się pewnego ojca, który spłodził kiłowe dziecię pomimo tego, iż kiłę przebywał jeszcze przed 9 laty. W przypadkach zaś Leego (l. c.) i Boecka[2]) kiła rodziców udzieliła się potomstwu po 30, względnie 37 latach (!!!). (Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Behrend's Syphilidologie. N. Reihe. 1862. III. s. 194.
[2]) l. c. str. 108.
[3]) l. c. str. 183.
[4]) Schmidt's Jahrbücher. 1866. 10. s. 44.
[5]) Tamże. 1876. 10. s. 36.
[6]) L'hérédité syphilitique. Paris. 1883. s. 78—79.
[7]) Pathol. und Therapie der Syphilis. Wiesbaden. 1886. s. 452.
[8]) Monatsh. f. prakt. Dermat. 1890. XI. s. 176.
[9]) Pathol. und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1891. s. 386.
[10]) La mortalité des enfants hérédo-syphil. Thèse. Paris. 1890.
[11]) Deutsche medic. Zeitung. 1893. 77.
[12]) Annales de dermatol. et de syphil. 1889. 3. s. 191—195.

IV. Oceny i sprawozdania.

Położnictwo.

B. Skałkowski: O stósunku pewnych wymiarów czaszki dziecka do czaszki matki.

Praca ta wykonana na materyale kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Chrobaka we Wiedniu, składa się z dwu części. W pierwszej podaje autor stósunek wymiarów czaszki matek do wymiarów czaszki dzieci donoszonych, t. j. dzieci prawidłowo rozwiniętych, których ciężar ciała wynosił najmniej 3000 grm.; w drugiej części zestawia autor stósunek wymiarów czaszki matek do wymiarów czaszki dzieci niedonoszonych, których ciężar ciała wynosił najwięcej 2700 grm. Do badania używał autor tylko dzieci urodzonych siłami przyrody w położeniach czaszkowych a pomiary wykonywał dopiero w 24 godzin po porodzie, t. j. wtedy, gdy zmiany, jakim czaszka płodu podczas porodu uległa, już ustąpiły a czaszka płodu przybrała ten sam kształt, jaki miała przed rozpoczęciem się czynności porodowej. W badaniach swoich uwzględnił autor trzy wymiary czaszki: *diameter brtemporalis*, *diameter biparietalis* i *diameter suboccipito-bregmatica*. W ten sposób badał 214 dzieci donoszonych i matek, mianowicie 100 pierwiastek i 114 wieloródek a wyniki swych spostrzeżeń przedstawił w stósownie ułożonych tablicach, które uwidoczniają, że zachodzi pewien stały stósunek pomiędzy pewnymi wymiarami czaszki matki a czaszki dziecka a mianowicie, że *diameter bitemporalis* matki jest średnio o 4½ cm., *diameter biparietalis* o 5 cm. a *diameter suboccipito-bregmatica* o 5½ cm. dłuższym od takiego samego wymiaru czaszki dziecka donoszonego.

W ten sam sposób poddano badaniu 100 matek, z nich 59 pierwiastek a 41 wieloródek i 113 dzieci niedonoszonych, pomiędzy któremi było 11 bliźniaków i jedne trojaki. Najmniejsze dziecko ważyło 1400 grm., największe 2700 grm. Wymiary otrzymane a zestawione w takich samych tablicach, jak poprzednio, wykazują, iż czaszka dzieci niedonoszonych zbliża się tem bardziej kształtem do czaszki matki, im dziecko jest większe; z wymiarów czaszki dochodzi najwcześniej do swej średniej długości *diameter biparietalis*, który w 75% przypadków jest o 5—6 cm. mniejszym od tegoż wymiaru matki. W ogóle u dzieci niedonoszonych w znacz-

[1]) Journal des malad. cutanées et syphilitiques. 1893. s. 362.
[2]) Erfaringen om syphilis. Christiania. 1875. s. 159.

nie mniejszym stopniu, aniżeli u dzieci donoszonych daje się wykazać pewien stały stósunek pomiędzy odpowiedniemi wymiarami czaszki dziecka a matki. (Część I. *Archiv. f. Gynaecolog.* T. XXXVI. Z. 3. Część II. *Archiv. f. Gynaecolog.* Tom XL. Z. 2. *Dr. Kośmiński.*

Ginekologia.

Arendt: O leczeniu operacyjnem przewłocznych zapaleń części dodatkowych macicy.

Autor operował z przyczyny przewłocznego zapalenia części dodatkowych macicy 27 przypadków, z których w 14 było oprócz tego tyłozgięcie macicy, dla zrostów nie dające się odprowadzić. Do dokładnego rozpoznania zaleca autor usilnie badanie nie tylko przez pochwę, lecz również dokładne badanie przez kiszkę stolcową. Co do leczenia, to zapalenia ostre a szczególniej świeże nagromadzenie się ropy w trąbce (*pyosalpinx*) stanowczo nie nadają się do leczenia operacyjnego. Pomimo, iż niekiedy chore znaczniejszych dolegliwości nie doznawały, operował autor w tych przypadkach, w których znaczniejsze nagromadzenie się treści w trąbkach groziło ich pęknięciem; również operował autor niekiedy nietylko w celu usunięcia części dodatkowych, lecz aby z powodu równoczesnej *retroflexio uteri fixata* wykonać zarazem wentrofiksacyę. Autor operował zawsze w ułożeniu Trendelenburga, przy ułożeniu miednicy ku górze. Przy oddzielaniu i rozrywaniu zrostów zauważał często nawet znaczne krwotoki, które jednak prawie zawsze tamował tylko uciskiem. Po utamowaniu krwawienia rozszerza autor więzadła szerokie i po dokładnem rozpatrzeniu się w zmienionych stósunkach zakreśla dalszy plan operacyjny. Wyjątkowo tylko pozostawiał autor chorobowo zmienione części dodatkowe i to jeżeli treść nagromadzona w trąbce nie była ropą, lub gdy guz nie miał wielkich rozmiarów.

Na 27 wykonanych laparatomij w 25 przypadkach przebieg był bezgorączkowym. Śmiertelność wynosiła 0%. Po dokonaniu zabiegu chore początkowo doznają częstokroć jeszcze pewnych dolegliwości, trudno bowiem, aby długą chorobą i bólami wyniszczone kobiety zaraz po operacyi czuły się zupełnie zdrowemi; autor sądzi jednak, że po pewnym czasie trwałe i zupełne wyleczenie po usunięciu chorobowo zmienionych części dodatkowych w większej części przypadków nastąpić powinno. (*Berliner. klin. Wochenschrift* Nr. 10 i 11. 1894). *Dr. Kośmiński.*

Zapiski terapeutyczne.

— Ch. Bäumler. O leczeniu ropnego otoku piersiowego (*empyema*) u dotkniętych gruźlicą płucną (z kliniki lekarskiej we Fryburgu w Bryzgowii). Leczenie ropnego otoku piersiowego u osób dotkniętych gruźlicą płuc opierać się musi na zasadzie odprowadzania ropy stale i dobrze a dążyć do zakończenia zapalenia wytwarzającego ropę. Temu celowi terapeutycznemu odpowiada najlepiej torakotomia z resekcyą żeber, jak je wydoskonalił mianowicie Koenig.

Jeżeli ropny otok piersiowy nie trwa zbyt długo, płuco jest po największej części zdrowe a opłucna jego nie jest jeszcze włóknisto zgrubiała, lecz rozciągliwa, może po otwarciu jamy opłucnowej i zabezpieczeniu swobodnego odpływu ropie jama ropna zmniejszyć się rychło a płuco wypełnić dokładnie przestwór opłucnowy tak, iż po niejakim czasie, np. po roku nie można całkiem wykazać zmniejszenia się płuca a nawet ruchomość jego jest małoco upośledzona. Ale nawet, jeżeli płuco lub jego opłucna tak były zmienione, iż jest niemożliwym powrót do prawidłowej objętości, może nastąpić wyleczenie przez zmniejszenie się płuca i odpowiedniego przestworu opłucnowego a przesunięcie się narządów sąsiednich. Zdaje się zresztą, iż płuco uciśnione posiada zdolność rozszerzenia się napowrót w wyższym o wiele stopniu, niż to dotąd przypuszczano a Schede przekonał się nawet, iż w sposobnych po temu okolicznościach płuco przez rok nawet uciśnione może jeszcze powrócić do prawidłowej objętości i znów oddychać. Jeżeli przeciwnie nie może się płuco napowrót rozszerzyć ani narządy sąsiednie przesunąć się, wtedy płyn surowiczowłóknikowy może, otorbiwszy się, długo utrzymywać się w jednej mierze.

Jeżeli ropny otok piersiowy przebije się samodzielnie na zewnątrz lub otwartym zostanie sztucznie, pozostaje jama ropą wypełniona, często zresztą mała, z otworem przetokowym na zewnątrz. Jestto zwyczajne zakończenie ropnych otoków piersiowych, zapóźno operowanych a niedogodności i niebezpieczeństwa takich przetok, ciągle ropę wydzielających (zakażenie gnilne, zwyrodnienie skrobiowate) dały pohop do obmyślenia metod operacyjnych, mających na celu jak najznaczniejsze zmniejszenie lub zupełne zniesienie owych jam ropę wydzielających. Czy jednak rozchodzi się o większe lub mniejsze resekcye klatki piersiowej, czy też o nacięcie zgrubiałej opłucnej, wyskrobanie jamy w celu pobudzenia jej do obfitszej granulacyi lub draźnienie jej azotanem srebrowym według sposobu podanego przez G. Baccellego, nie można zapominać o tem, iż nawet u ludzi młodych powrót do pracy zawodowej tylko po części jest możliwy z przyczyny niedostateczności oddychania.

Te ogólne zasady tyczą się wszystkich ropnych otoków. Szczególniejsze jednak względy zachodzą przy ropnych otokach piersiowych u osób cierpiących na gruźlicę płuc. Najczęściej zapalenie opłucny zostaje w związku bezpośrednim z cierpieniem płuc, nieraz nawet bardzo nieznacznem. Jest tylko jedno lub kilka małych ognisk w płucach, ale w bliskości opłucny. Z postępem sprawy chorobowej przychodzi do zajęcia opłucny w małej rozległości. Opłucna popada w nekrozę i ulega przebiciu lub lepi się z opłucną ścienną. Przy tej sposobności koki ropne lub laseczniki gruźlicze dostają się do jamy opłucnowej i wywołują w niej rychło zapalenie prowadzące do obfitej wypociny lub nawet utworzenia się ropy. Jeżeli przez otwór w opłucny dostanie się powietrze, powstaje otok z odmą piersiową czyli ropopowietrzny (*pyopneumothorax*).

Główną przyczyną ropnego otoku piersiowego bez odmy lub z nią są koki ropne. W wielu przypadkach tego rodzaju nie rozchodzi się bynajmniej o suchotników, lecz o ludzi nawet wcale zdrowo wyglądających, u których tylko bardzo dokładna obserwacya i ścisłe badanie przedmiotowe a mianowicie bakteryologiczne wykazują gruźlicę płuc.

Czy same laseczniki gruźlicze dostawszy się z płuc w znacznej ilości do jamy opłucnowej, mogą wywoływać w niej otok ropny, jeszcze nie wiadomo; to pewna, że komórki ropne w takiej wypocinie są zwykle znacznie stłuszczałe tak, iż cała wypocina jest bardzo podobna do prostej zawiesiny tłuszczowej (*empyème graisseux* Bouvereta). Laseczników gruźliczych zwykle w niej nie ma, albo tylko bardzo mało. Jeżeli gruzełki prosowate (*tubercula miliaria*) zajmują powoli, wyszedłszy z płuc, opłucnę, wtedy powstaje zazwyczaj zwolna i nieznacznie wypocina surowicza a w razie gwałtownego zapalenia, wypocina surowiczokrwawa i w niej znaleźć się mogą laseczniki gruźlicze. Pamiętać wszakże należy, że nawet w razie nagłego przebicia się gruzełka do jamy opłucnowej i ostrego zapalenia wypocina może być i pozostać tylko surowiczą.

Tu przychodzi pod uwagę okoliczność, pod względem rokowania i leczenia niewątpliwie mająca znaczenie, że z wystąpieniem otoku lub odmy piersiowej objawy gruźlicy po stronie płuca gruźlicą zajętego zwalniają a nawet nieraz ustają. Tyczy się to nie tylko kaszlu i wykrztuszania, ale nieraz nawet i gorączki. Działa tu prawdopodobnie uciśnienie płuca przez powietrze (*pneumothorax*) lub płyn (*exsudatum pleuriticum*), co wpływa na krążenie w płucu i jego właściwą czynność fizyologiczną a przez to wyłącza je od działania. Dlatego pozostawienie jakiś czas wysięku, mianowicie surowiczego w jamie opłucnowej, łączy się nawet z pewną korzyścią dla chorego.

Daleko trudniejsza jest odpowiedź na zapytanie, jak zachować się w obec wypociny ropnej, na której wessanie najmniej można rachować.

Co do otoku ropnego obok gruźlicy płuc, uważają go jedni jak Fraentzel, Senator, Goldtamner prawie we wszystkich przypadkach za *noli me tangere*, drudzy jak Bouveret, Runeberg i przeważna część chirurgów wyłączają od operacyi tylko przypadki z góry już nie przedstawiające żadnej nadziei pomyślnego zakończenia.

Autor oświadcza się pod względem leczenia ropnych otoków piersiowych u osób mających gruźlicę płuc bez względu, czy otok łączy się z odmą piersiową, czy jest bez niej, za następującemi zasadami:

1) Jeżeli nakłucie próbne wykaże w wypocinie koki ropne, należy w każdym razie operować, do czego najodpowiedniejszą jest torakotomia z resekcyą żeber. W tej mierze nie można oglądać się na pomyślny wpływ wypociny na sprawę gruźliczą w płucach w obec wysokiej gorączki i niebezpieczeństwa intoksykacyi. Na odwrót nie będzie się operować, jeżeli stan chorego już przed pojawieniem się otoku ropnego nie pozostawiał nadziei na przyszłość.

2) Jeżeli w wypocinie nie ma koków ropnych ani w ogóle żadnych bakteryj, prócz może tylko w bardzo małej ilości laseczników gruźliczych, wtedy groźne objawy uciśnienia płuca są wskazaniem do częściowego wypuszczenia wypociny, które okaże, o ile uciśnione płuco może napowrót znów się rozszerzyć. Jeżeli po takiem wypuszczeniu płynu w ilości 1000 cm.³ i więcej okaże się, iż płuco jeszcze nie straciło swej zdolności rozszerzenia się, jeżeli przytem nie występują żadne inne groźne przypady ze strony narządu krążenia i oddychania, to wtedy można po niejakim czasie przystąpić do torakotomii a później, w miarę pomyślnych okoliczności, i do dalszej resekcyi żeber celem zupełnego wygojenia jamy ropnej.

3) Jeżeli w razie wielkiego i długo już trwającego otoku ropnego, po wypuszczeniu przez aspiracyę pewnej części płynu okaże się, iż płuca nie mają już zdolności rozszerzenia się, stan ogólny chorego jest znośny a objawy chorobowe zależą tylko od upośledzenia krążenia i oddychania, wtedy na miejscu jest głównie działanie łagodzące (paliatywne), t. j. wypuszczanie od czasu do czasu przez aspiracyę małych ilości wypociny, z czem później, w razie pomyślnego przebiegu sprawy, można połączyć operacyę.

W każdym razie należy w otoku ropnym, mianowicie obok gruźlicy występować czynnie zawczasu i według pewnego planu i opierać się w tej mierze na zbadaniu bakteryologicznem wypociny. — (*Deutsche med. Wochenschrift* 13. i 20. Września 1894).

— L e c z e n i e r o z p a d l i n o d b y t u (*fissura ani*) b e z o p e r a c y i. Lewis H. Adler radzi naprzód po każdem oddaniu stolca miejsca zranione przepłukać letnią wodą a na bóle dać czopek z makowca i beladony albo maść:

115)	Rp.	*Exti conii*	*7·50*
		Olei ricini	*15·00*
		Ungti lanolini	*60·00*

Są to wszakże tylko środki łagodzące. Doszczętnie natomiast działa pomazywanie szczeliny roczczynem 2 do 5% azotanu srebrowego, z początku codziennie, później rzedziej. Po tem pomazaniu stósuje się maść jodoformową. W wielu razach można zamiast azotanu srebrowego użyć 10% maści kalomelowej. *(American Lancet*, Lipiec 1894).

— Wiadomo, jaki wstręt budzi u wielu osób tran rybi (*oleum jecoris aselli);* do poprawienia smaku też jego podano mnóstwo przepisów. Jednym z najnowszych jest zalecony właśnie przez Dietricha:

116)	Rp.	*Olei jecoris aselli*	*1000·00*
		Olei citri	*5·00*
		Olei florr. aurantiorum	*2·00*
		Olei menthae piperitae angl.	*1·00*
		Vanillini	*0·10*
		Cumarini	*0·01*

Naprzód rozpuszcza się kumarynę i wanilinę w olejkach nieco ogrzanych a roczczyn w ten sposób otrzymany, mięsza się dopiero z tranem rybim.

— Na tran rybi z jodem i żelazem podaje tenże autor przepis:

117) Rp. *Ferri pulverati* *2·00*
Jodi *4·00*
Aetheris sulfurici *10·00*
Tere celeriter. Dein adde
Olei jecoris aselli *40·00*
Misce exacte, ut fiat liquor niger, cui adde
Olei jecoris aselli *954·00*
Misce, repone per aliquos dies et decantha.

(La medecine moderne. 19. Września 1894).

V. Herman Helmholtz.

ἰατρὸς φιλόσοφος ἰσόθεος.

B o g o m p o d o b n y j e s t l e k a r z f i l o z o f. Zdanie to Hipokratesa przypomniał Helmholtz w pięknej i tyle głębokich myśli zawierającej mowie: *Ueber das Denken in der Medicin* wypowiedzianej w roku 1877. Zdanie to jest prawdziwe, jeżeli pod mianem filozofa rozumiemy nie mędrców starożytności i średnich wieków, którzy nauki przyrodnicze, matematykę, astronomię uprawiali na podstawie filozoficznych i metafizycznych rozumowań, lecz gdy filozofem nazwiemy męża, który zdołał wejrzeć głęboko w związek przyczynowy spraw i zjawisk przyrody.

Takim filozofem do bogów podobnym był ten, który jeden z pierwszych przekonał świat naukowy o zachowaniu siły i przemianie jednej postaci energii w drugą i który na podstawie praw fizyki przepowiedział ostateczne zniknięcie wszelkiego życia w wszechświecie i zagaśnięcie słońca.

Potężny ten umysł, który przez pół wieku nauce jak wspaniałe słońce przyświecał i wskazywał drogę do prawdy, spoczął na zawsze. Helmholtz nietylko wskazywał drogę do prawdy, ale sam niestrudzony, z zapałem i żmudną pracą, wiedziony genialnymi pomysłami, docierał do najgłębszych tajników przyrody i wyrywał naturze jednę tajemnicę po drugiej, odsłaniając je zdumionej ludzkości.

Żaden z przyrodników nowszych czasów a niewątpliwie i z dawniejszych nie wywarł wpływu tak potężnego i wielostronnego w licznych dziedzinach nauki, jak Helmholtz a zawdzięczał to on tej okoliczności, że jego pomysłowością i biegłością doświadczalną kierowała głęboka myśl filozoficzna, która naprowadzała go na kwestye najważniejsze i fundamentalne i że był mistrzem najdzielniejszego środka pomocniczego nauk przyrodniczych, t. j. matematyki. Obdarzony przez naturę wyjątkowemi i olbrzymiemi zdolnościami umiał ich użyć. Praca była hasłem tego bogatego życia. Pod wpływem wewnętrznego popędu do zgłębiania przyczyn zjawisk przyrody pracował bezustannie od pierwszej młodości a każda zdobycz pchała go do uzyskania większych i bardziej niedostępnych. Jednakże nigdy nie zapomniał o całości badając szczegóły; każdy nowy szczegół przyczyniał się tylko do oświetlenia całości.

Niepodobna w szczupłych ramach, które sobie zakreśliliśmy, ocenić wszystko, co Helmholtz zdziałał w dziedzinie fizyki, fizyologii i psychologii i dlatego musimy zadowolnić się podaniem głównych dat z jego życia i przytoczeniem najdonioślejszych jego zdobyczy naukowych.

Herman Ludwik Ferdynand Helmholtz urodził się 31. Sierpnia 1821. w Poczdamie. Syn nauczyciela gimnazyalnego, mającego skromne tylko utrzymanie, zmuszony był wyrzec się ulubionej nauki fizyki i obrać dla chleba studyum lekarskie. Ta droga właśnie była zbawienną dla niego, dla jego badań, dla których odsłoniła mu daleko obszerniejszy horyzont. Helmholtz sam uważał sobie za szczęście, że drogę tę obrał, albowiem jak w wspomnianej mowie przytacza, była to pora, w której człowiek obznajomiony z fizyką, znajdywał w medycynie bujną do uprawy rolę a, co ważniejsza, naukę lekarską uważał za szkołę, która o wiele więcej i bardziej przekonywająco, niż każda inna nauka wpaja w nas zasady, które w każdej pracy naukowej są te same.

Jako słuchacz medycyny był Helmholz uczniem słynnego, prawie że twórcy fizyologii Jana Müllera, który też młodemu swemu uczniowi wskazywał niejedno zagadnienie doniosłego dla fizyologii znaczenia, uważane wówczas za nierozwiązane. Ziarno na niezmiernie bujną padło glebę i to, co Helmholtz odkrył w dziedzinie tylko fizyologii, mogłoby wsławić więcej, niż jednego człowieka.

Już w rozprawie doktorskiej, napisanej po łacinie w roku 1842. *O budowie układu nerwowego zwierząt bezkręgowych* ogłosił odkrycie bardzo wielkiego znaczenia. Mianowicie udało mu się wykazać u zwierząt bezkręgowych związek pomiędzy komórkami zwojowemi a włóknami nerwowemi. Że tak samo ma się rzecz i u zwierząt wyższych, domyślał się Helmholtz a potwierdziły to późniejsze badania. Odkrycie to, którem Helmholtz dał podstawę anatomiczną do nowszej fizyologii układu nerwowego, tem więcej wzbudzić w nas musi podziwu, jeżeli zważymy, jak prymitywnym był mikroskop, którym w owym czasie rozporządzał Helmholtz. W kilka lat później zbudował myograf, za pomocą którego mógł badać czas trwania i wszystkie fazy skurczu mięśniowego. Nadzwyczaj śmiałem można nazwać przedsięwzięcie Helmholtza oznaczania chyżości przewodzenia stanu czynnego w nerwach, którą przedtem uważano za błyskawiczną. J. Müller uważał oznaczenie tej chyżości za niemożliwe. Ku zdumieniu świata naukowego przedsięwzięcie to uwieńczył świetny rezultat, gdyż Helmholtz przekonał nas, że chyżość przewodzenia stanu czynnego w nerwach wcale nie jest nieskończenie wielką i wynosi zaledwie koło 30 m.

Zaproszony w r. 1845. do opracowania dla encyklopedyi nauk lekarskich artykułu o cieple, nie zadowolnił się przytoczeniem samych tylko znanych rzeczy, lecz — co charakteryzuje wszystkie prace i wykłady Helmholtza — przedsięwziął w tym celu badania samodzielne nad zmianami chemicznemi, powstającemi w mięśniach podczas spoczynku i w stanie czynnym, oraz nad wytwarzaniem się ciepła w mięśniu podczas skurczu. Tak zmiany chemiczne, jakoteż wytwarzanie się ciepła podczas stanu czynnego mięśni udało mu się wykazać doświadczalnie.

Badania te zarazem nasunęły mu pomysły do genialnej i klasycznej pracy: *O zachowaniu siły* (1847), która od razu przysporzyła mu rozgłosu światowego i wzniosła go do wyżyny najznakomitszych fizyków.

W roku 1848. powołano Helmholtza na profesora anatomii do berlińskiej szkoły sztuk pięknych a w dwa lata później objął katedrę fizyologii i patologii ogólnej w Królewcu. Tu rozpoczyna się szereg odkryć, które przyczyniły się do głębokiego poznania fizyologii wzroku i słuchu. Jego skłonność do filozofii prowadziła go najwięcej do badania zmysłów.

Jednym z pierwszych owoców tych badań było zbudowanie wziernika ocznego, tego przyrządu tak prostego, który bezsprzecznie najbardziej przyczynił się do tego, że nazwisko Helmholtza stało się głośnem wśród lekarzy i ogółu. Sam Helmholtz nigdy nie przywiązywał wielkiej wagi do tego odkrycia a przecież dzięki tej okoliczności, że poznał się na niem Graefe i zastósował je praktycznie, okulistyka doszła do tego znaczenia, jakiem obecnie cieszy się w rzędzie nauk lekarskich a tysiące skazanych na ślepotę ludzi, zawdzięcza wzrok temu odkryciu. A jakie usługi oddaje nam jeszcze wziernik w innych działach medycyny praktycznej! Co więcej, pomysł ten genialny a tak prosty, iż dziwić się musimy, że tak długo ludzkość na niego czekać musiała, dał następnie pochop do zastósowania wziernika także do badania innych jam, do tego czasu dla oka niedostępnych.

Ale był to dopiero początek wielkiej liczby odkryć i własnych spostrzeżeń w fizyologii oka, które Helmholtz później zebrał w klasycznem i epokowem dziele: *Handbuch der physiologischen Optik*, stanowiącem prawdziwą kopalnię wiedzy.

Badanie czynności oka przedstawiało bardzo znaczne trudności nietylko ze względu na to, że wymaga nadzwyczajnej subtelności i bardzo wielkiej biegłości w doświadczaniu, ale także i z tego powodu, że wiele zjawisk optycznych badać trzeba na samym sobie a nie łatwem jest zjawiska podmiotowe należycie ocenić i zużytkować; w końcu także i z tego względu, że niektóre ważne zagadnienia z dziedziny fizyologii wzroku schodzą się z zagadnieniami z dziedziny psychofizyologii. Wszystkie te trudności z zadziwiającą łatwością umiał pokonać umysł olbrzymi Helmholtza.

Wiedząc, jak ważnemi dla zbadania zjawisk dyoptrycznych oka są pomiary środków łamiących a zarazem, jak niepewną jest wartość tych pomiarów, jeżeli je wykonamy na oku wyciętem, zbudował Helmholtz przyrząd, za pomocą którego mógł na żywem oku zmierzyć krzywiznę rogówki i obydwóch powierzchni soczewki. Jestto oftalmometr skonstruowany na zasadzie zwierciadlanych własności środków łamiących oka.

Wkrótce też udało się Helmholtzowi rozwiązać pytanie tak bardzo ważne, w jaki sposób oko stósuje się do rozmaitych odległości, pytanie, którem od czasu Keplera wielu zajmowało się fizyków i fizyologów.

Przekonawszy się na podstawie pomiarów oftalmometrycznych, że soczewka wyjęta z oka staje się wypuklejszą i znalazłszy związek między tą okolicznością a innemi jeszcze przez siebie obserwowanemi zjawiskami, wypowiedział Helmholtz teoryę akomodacyi, która dotąd w całej pełni jest powszechnie przyjętą.

Ważne są także badania Helmholtza nad poczuciem barw. Wydobył z zapomnienia myśl Tomasza Younga i rozwinął ją samodzielnie tak, że słusznie mówimy ogólnie o teoryi czucia barw Younga-Helmholtza, albowiem Helmholtz utwierdził ją, wykazując z jednej strony związek pomiędzy nią a znanemi zjawiskami, z drugiej strony obserwując w rzeczywistości zjawiska dotąd nieznane a z teoryi tej z konieczności wynikające. Teorya Younga-Helmholtza stanowi dalszy

ciąg a nawet szerszè rozwinięcie zasady Jana Müllera o swoistej energii nerwów zmysłowych.

Przez ustanowienie teoryi o sposobie oceniania odległości, o odróżnianiu bryłowatości przy pomocy zmysłu wzroku wkroczył Helmholtz w dziedzinę psychofizyologii i wprowadził całą psychologią w nowy okres rozwoju. Uczynił to przez zastósowanie i rozszerzenie nauk Kanta o powstawaniu wyobrażeń z treści naszych czuć. (Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 27. Września 1894 r.

— J. E. Pan Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych zamianował dla ścisłych egzaminów lekarskich odbywać się mających w Uniwersytecie Jagiellońskim w roku szkolnym 1894/5. komisarzem rządowym prof. Dra Józefa Łazarskiego, jego zastępcą prof. Dra Napoleona Cybulskiego, koegzaminatorem z medycyny wewnętrznej prof. Dra Stanisława Pareńskiego, jego zastępcą Dra Franciszka Murdzieńskiego, koegzaminatorem z chirurgii prof. Dra Alfreda Obalińskiego, jego zastępcą prof. Dra Antoniego Marsa.

— W dniu 24. b. m. odbyło się uroczyste otwarcie Zjazdu niemieckich lekarzy i przyrodników w Wiedniu. Minister oświaty Dr. Stanisław Madeyski zwrócił w mowie przyjętej hucznemi oklaskami uwagę na nadzwyczajny postęp nauk przyrodniczych i oświadczył, że obawa, jakoby ten postęp naruszał idealne dobra ludzkości, nie jest uzasadniona. Im większy postęp tych nauk, tem silniejsze jest dążenie do połączenia umiejętności przyrodniczych z naukami duchowemi. Taka jest cecha dzisiejszej nauki, taki cel, do którego dąży państwo na polu oświaty. Minister powitał serdecznie zgromadzenie.

— **Z Izby lekarskiej w Krakowie.** Celem utworzenia centralnego Związku wszystkich Izb lekarskich w Austryi odbyło się zebranie tychże Izb w Wiedniu d. 25. b. m. Z ramienia krakowskiej Izby lek. wziął udział w tem zebraniu, jako jej delegat, prof. Dr. Łazarski.

— C. k. Namiestnictwo we Lwowie wydało w dniu 30. Sierpnia b. r. do L. 42648 do wszystkich c. k. Starostów oraz Prezydentów miasta Lwowa i Krakowa następujący okólnik, przesłany w odpisie Izbie lekarskiej krakowskiej na ręce jej prezydenta, profesora Dra Jakubowskiego:

W skutek prośby Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej z d. 22. Maja b. r. L. 56. poleca się na podstawie ustawy z d. 22. Grudnia 1891. Dz. p. p. Nr. 6. z r. 1892, aby pan c. k. Starosta na każdą rekwizycyę Wydziału tej Izby, jakoteż Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie, w myśl rozporządzenia Cesarskiego z 20. Kwietnia 1854 r. (Dz. p. p. 96.) zarządził ściągnięcie, ewentualnie za pomocą egzekucyi, nieuiszczonych opłat, wymierzonych na zasadzie § 13. ustawy z 22. Grudnia 1891. (Dz. p. p. z 14. Stycznia 1892. Nr. 6.) od członków Izby, do wnoszenia tych opłat obowiązanych.

Zebrane w ten sposób kwoty należy odsyłać do właściwej Izby lekarskiej lub też podać powody przeszkody w ściągnięciu tych opłat a w razie wniesienia zarzutów przeciw obowiązkowi uiszczenia opłaty wydać orzeczenie w pierwszej instancyi.

W taki sam sposób należy postępować w ściąganiu grzywien nałożonych prawomocnie na członków Izby przez jej Radę honorową na zasadzie § 12. powyżej powołanej ustawy.

— **Uroczystość jubileuszowa na cześć radcy dworu prof. Edwarda Hofmanna w Wiedniu.** W pięknie przystrojonej sali bibliotecznej zakładu patologicznego zebrało się w niedzielę dnia 25. b. m. liczne grono lekarskie celem uczczenia rocznicy 25 lat służby nauczycielskiej prof. Hofmanna. Prócz grona profesorskiego zauważyliśmy radcę ministeryalnego Dra Kusego, przedstawicieli sądu krajowego dolno-austryackiego, lekarzy sztabowych, byłych asystentów i uczniów jubilata. Z uderzeniem godziny 10-tej wprowadzili dwaj asystenci, Dr. Dittrich, prof. medycyny sądowej we wydziale niemieckim w Pradze i Dr. Haberda, teraz pierwszy asystent zakładu sądowo-lekarskiego jubilata, poczem zagaił uroczystość Dr. Haberda dłuższą i piękną przemową, wielbiąc w jubilacie wielkiego reformatora medycyny sądowej, znakomitego kierownika i nauczyciela rozległej swej szkoły. Oceniwszy znakomite zasługi jubilata, wręczył mu piękny portret i księgę pamiątkową ozdobnie oprawną, mieszczącą prócz wstępu, szkicu biograficznego wiele prac sądowo-lekarskich byłych i obecnych uczniów i asystentów, jako to: prof. Dittricha, Dra Ewalda, doc. w Helsingforsie Dra Fagerlundta, Drów Friedländera, Haberdy, Reinera, Pilza, Pchama, doc. Dra Wachholza, prof. Kuniyosi Katajamy i Dra Okamoto, obu z Tokio w Japonii. Treść tych prac podamy niebawem.

Z kolei przemówił do jubilata w imieniu wydziału lekarskiego dziekan prof. Dr. Weichselbaum, dodając serdeczne życzenia w imieniu zaprzyjaźnionego z zakładem sądowo-lekarskim zakładu anatomo-patologicznego. Wreszcie składał w pięknem przemówieniu serdeczne życzenia radca dworu prof. Ludwig.

— Rozrzewniony jubilat dziękował wszystkim zebranym i nieobecnym uczniom, asystentom, kolegom itd. za serdeczną owacyę, oświadczając, iż zasługi jego przeceniono, gdyż jeźli cokolwiek zdziałał na polu medycyny sądowej, zawdzięcza to w pierwszym rzędzie znakomitemu i bogatemu materyałowi sekcyjnemu, jaki dzięki uprzejmości gminy wiedeńskiej i sądu krajowego gromadzi się w jego zakładzie; następnie zawdzięcza to poważnemu zastępowi chętnych i gorliwych współpracowników.

W ciągu uroczystości nadeszło mnóstwo telegramów z życzeniami od pierwszorzędnych przedstawicieli medycyny sądowej, przyjaciół i znajomych; wymienić z nich wypada telegramy od prof. Brouardela z Paryża, prof. de Crecchio, prof. Lombrozy, prof. Algot Key Aberga, prof. Oboleńskiego i doc. Ignatowskiego z Kijowa, prof. Halbana z Ischlu, Dra Mittenzweiga, prof. Maschki z Pragi i wielu innych. Nastrój podniosły i poważny uroczystości wywarł na obecnych niezatarte wrażenie. *Dr. Wachholz.*

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

— Upraszamy ponownie Szan. Kolegów Autorów prac *Przeglądowi lekarskiemu* nadsyłanych, by na pierwszej karcie swych rękopisów zapisywali w sposób pod oczy łatwo wpadający liczbę osobnych odbitek, jakich sobie życzą; w przeciwnym bowiem razie nie możemy ręczyć za spełnienie życzenia w tej mierze.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę drugiego asystenta przy katedrze Anatomii opisowej z płacą roczną 150 złr. w. a. od 1. Października 1894. do końca Września 1895 roku.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10. Października 1894.

Kraków dnia 26. Września 1894.

Dr. Rosner,
Dziekan Wydziału lekarskiego.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 6. Października 1894 r. **Nr. 40.**

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^{1}/_{2}$ „	$3^{1}/_{8}$ „	6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

Przyczynek do leczenia wgłobień jelita.

Rzecz odczytana dnia 24. Lipca 1894 roku w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich.

Podał

Dr. Adam Majewski.

W przeszłym roku, na dwudziestym drugim kongresie chirurgów niemieckich oświadczył König w dyskusyi nad referatem klinicznym Haaslera [1]): *O resekcyi jelit*, że nieprawdopodobnem jest, by kiszka wgłobiona, pozostająca w tej pozycyi przez kilka miesięcy, mogła być napowrót wywleczoną i prawidłowo ułożoną. Odpowiedź rozstrzygającą tę kwestyę dają dwa przypadki, poniżej opisane a operowane przez prof. Rydygiera w krakowskiej klinice chirurgicznej.

Pierwszy [2]) z nich tyczy się kobiety, lat 56 liczącej, wzrostu średniego, budowy dość silnej. Z anamnezy dowiedzieliśmy się, że chora przed kilku laty dostrzegła w okolicy kiszki ślepej okrągławy, twardy guz, wielkości kurzego jaja, za dotknięciem się nieco bolesny. Na sześć miesięcy przed przybyciem do kliniki chora nagle, bez widocznej przyczyny dostała gwałtownych bólów brzucha, połączonych z wymiotami i biegunką, poczem wzmiankowany guz powiększył się znacznie a zarazem przybrał kształt podłużny, kiełbasowaty. Biegunka i wymioty ustąpiły wkrótce, apetyt powrócił, wypróżnienia odbywały się prawidłowo, obrzmienie jednak już stale pozostało i stopniowo się zwiększało, to mięknąc, to twardniejąc naprzemian. W stanie takim chora przybyła do kliniki, gdzie z obecności wielkiego obrzmienia kiełbasowatego, odpowiadającego położeniem okrężnicy poprzecznej oraz na podstawie ruchomości guza, zmiennej jego konsystencyi, wypuku nad nim bębenkowego, niestałości jego kształtów i charakterystycznych kruczeń, rozpoznano wgłobienie jelita i wykonano laparotomię. Po otwarciu jamy brzusznej pokazało się ogromnych rozmiarów wgłobienie: cała okrężnica wstępująca, jelito ślepe i znaczna część jelita biodrowego wstąpiły w okrężnicę poprzeczną. Zrostów nie było. Jelito jużto przez pociąganie, jużto przez ucisk udało się napowrót wyciągnąć i prawidłowo ułożyć; guza przytem nie było. Przebieg choroby pooperacyjny był prawidłowy, bezgorączkowy; rana zagoiła się przez rychłozrost. Pierwszy stolec ukazał się 10-go dnia a w trzy tygodnie operowana, zaopatrzona w podtrzymującą opaskę brzuszną, opuściła klinikę jako zupełnie uleczona.

Drugi przypadek tyczy się chłopca, lat 8 liczącego, wzrostu stósunkowo średniego, odżywienia nędznego, o powłokach bladych i podściółce tłuszczowej bardzo skąpej. Z anamnezy dowiedziano się, że chory od dziewięciu miesięcy czuł w lewym boku dość znaczny guz; za dotknięciem się guz ten był początkowo bolesny, równocześnie miewał chory ciągłe kruczenia i przelewania się w brzuchu; stolce bywały po kilka razy dziennie, w bardzo nieznacznych jednak ilościach, wiatry odchodziły prawidłowo. Po przybyciu chorego do kliniki wykazało badanie, co następuje: Brzuch jednostajnie wzdęty; macając, czuje się w lewym boku guz sięgający w linii łopatkowej lewej do lewego podżebrza, następnie wzdłuż talerza biodrowego przesuwający się ku dołowi i przodowi i nareszcie gubiący się w linii środkowej w małej miednicy. Guz ten był ruchomy, konsystencyi dość miękkiej, elastycznej, bez objawów chełbotania, niebolesny, kształtu kiełbasowatego. Za obmacywaniem występowały wzmożone ruchy robaczkowe, przyczem pętle jelita mocno napięte rysowały się bardzo wyraźnie przez powłoki brzuszne; równocześnie słychać było charakterystyczne kruczenia i przelewania się w brzuchu. Po rozpoznaniu wgłobienia jelita wykonał prof. Rydygier laparotomię, przyczem okazało się, że znaczna część jelita biodrowego wraz z jelitem ślepem, w długości razem około półtora metra, była wgłobioną w jelito grube. Zrostów nie było i tu, jak w poprzednim przy-

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin. 1893. s. 77—78.

[2]) Łucki: Sprawozd. Zjazdu chirurgów polskich 1892 r.

padku, udało się również w części przez pociąganie, w części przez uciskanie wydobyć całą wpochwioną część jelita i ułożyć prawidłowo; okazało się przytem, że kreska wgłobionej części jelita była nieprawidłowo długą. Dla zapobieżenia ponownemu wgłobieniu unieruchomiono jelito ślepe, przyszywszy jego kreskę kilkoma szwami z grubego katgutu do odpowiedniej części ściany brzusznej. Przebieg rany pooperacyjny był niegorączkowy, rana zagoiła się przez rychłozrost; chory w trzy tygodnie po operacyi opuścił klinikę jako zupełnie uleczony.

Zastósowana tu przez prof. Rydygiera metoda zapobiegania ponownym wgłobieniom jelita za pomocą przyszycia jego kreski do ściany brzusznej, ma jednak tę poważną wadę, że przy przyszywaniu kreski możemy łatwo zachwycić w szew naczynia kreskowe, co następnie mogłoby dać powód do obumarcia odpowiedniej części kiszki. W naszym przypadku, gdy chory w kilka dni po operacyi czuł się podmiotowo mocno osłabionym i skarżył się na bóle w brzuchu, gdy i przedmiotowo wykazaliśmy dość znaczne wzdęcie brzucha i brak stolca i wiatrów, powstało przypuszczenie owej właśnie nekrozy tak, że prof. Rydygier zdecydowany był w razie przedłużania się wspomnianych objawów przystąpić do powtórnej laparotomii; nie okazała się ona jednak potrzebną, gdyż objawy, powstałe prawdopodobnie na tle histerycznego usposobienia dziecka, ustąpiły same przez się.

Wobec tego, by zabezpieczyć się na przyszłość od tego rodzaju obaw, prof. Rydygier zamierza w podobnych przypadkach przyszywać do ściany brzusznej nie kreskę jelita, lecz samo jelito.

Opierając się na tych dwóch przypadkach, sądzę, że *desinvaginatio*, t. j. wyciąganie wgłobionego jelita powinno znaleść na przyszłość w leczeniu wgłobień jelita szersze, niż dotychczas zastósowanie tembardziej, że leczy ono, jak wskazują przytoczone przypadki, nawet i bardzo długo trwające wgłobienia. Okoliczność ta, o ile mi się zdaje, nie jest dotychczas dostatecznie znana, czego dowodem najlepszym, jak sądzę, jest zaprzeczenie jej przez Königa; z drugiej zaś strony wyciąganie wgłobionego jelita jest rękoczynem bezporównania niewinniejszym, niż usuwanie zwężonej przez wgłobienie części jelita za pomocą resekcyi lub wykluczanie go tą lub inną metodą. Wobec tego sądzę, że do tych ostatnich metod lekarz uciekać się powinien jedynie w tych prawdopodobnie rzadkich przypadkach, gdzie poprzednio wypróbowana desinwaginacya nie osiągnęła pożądanego skutku.

II. Z kliniki gnekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

Ventrofixatio uteri.

Odczyt w sekcyi ginekol. VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Podał

Dr. Ludwik Świtalski,

II. asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

5) J. B., lat 42, zamężna, z Smęgorzowa. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata.*

16. Kwietnia. *Ventrofixatio uteri.*

Wywiady: Zamężna od lat 17-tu, nie rodziła, roniła 4 razy, zawsze w pierwszych trzech miesiącach ciąży, ostatnie poronienie przed trzema laty. Miesiączkowała do Grudnia 1893. roku prawidłowo. W Grudniu po spadnięciu do rowu miały wystąpić mocne bóle dołem, krwawienia z macicy i od tego czasu czuje się ciągle słabą. Miewa boleści dołem i w krzyżach wzmagające się znacznie podczas regularności. Leczona w szpitalu przez 2 miesiące bezskutecznie.

Stan obecny: Macica prawidłowej wielkości, w tyłozgięciu, nie daje się odprowadzić ani palcami ani zgłębnikiem; przy usiłowaniu odprowadzenia, które sprawia ból, czuć można napinające się postronki.

16. Kwietnia wykonano laparotomię, oddzielono zrosty łączące macicę z tylną ścianą miednicy i przyszyto macicę do przedniej ściany brzusznej w ten sam sposób, jak w poprzednim przypadku.

Przebieg: Po operacyi chora przez dwa tygodnie gorączkowała, miewała dreszcze i bóle w okolicy rany.

11. Maja opuszcza klinikę z macicą w przodopochyleniu, do ściany brzusznej przyrosłą. Chora ostatni raz zgłosiła się do kliniki 30. Maja a badanie wtenczas wykazało macicę tak samo ułożoną. Podmiotowo czuje się zdrowa, boleści nie doznaje żadnych a regularności odbytej w połowie Maja towarzyszyły tylko nieznaczne bóle w krzyżach.

6) S. J., lat 23, zamężna, z Posady Górnej. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Perisalpingitis et perioophoritis adhaesiva. Hydrosalpinx ambilateralis.*

28. Kwietnia. *Salpingectomia ambilateralis. Castratio. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Regularność od 17. roku życia powtarzała się prawidłowo. Zamężna od lat 5-ciu, nie roniła, rodziła raz przedwcześnie w ósmym miesiącu ciąży przed czterema laty, poród bliźniaczy. W cztery tygodnie po porodzie wystąpiły mocne bóle dołem brzucha, które utrzymywały się przez kilkanaście dni. Od dwu lat czuje się chorą, przy pracy doznaje bólów dołem i w krzyżach, które mocniej występują podczas regularności; przy spokojnem zachowaniu się chora nie doznaje żadnych dolegliwości. Spółkowanie od dłuższego czasu bardzo bolesne tak, że chora tylko z wielką niechęcią miewa stosunek z mężem. Stolec często z bólami, zwłaszcza przy oddawaniu kału twardego.

Wobec macicy tyłozgiętej, mocno przyrosłej i zmian w obu trąbkach, przystąpiono odrazu do leczenia operacyjnego.

28. Kwietnia po rozcięciu powłok brzusznych przeciągnięto przez przednią ścianę macicy podniesionej od strony pochwy nitkę jedwabną, za pomocą której przez cały przeciąg operacyi podtrzymywano macicę ku górze. Obie trąbki znacznie, bo do grubości małego palca porozszerzane, pokręcone, wraz z powiększonymi jajnikami (zwyrodnienie torbielkowate) ze wszystkich stron poprzyrastałe do sąsiedztwa, z wielką trudnością oddzielono i odcięto, poczem uwolnioną macicę wszyto w dolny brzeg rany.

Przebieg pooperacyjny pomimo dwugodzinnego trwania operacyi całkiem prawidłowy.

20. Maja chora opuszcza klinikę a badanie wykazuje obok macicy, w przodopochyleniu i zgięciu przyrosłej do ściany brzusznej po stronie prawej i od tyłu macicy małą wypocinę, za uciskiem nieco bolesną. Zalecono kąpiele rymanowskie. Podmiotowo pacyentka nie doznaje obecnie żadnych dolegliwości, jak mi donosi w liście z dnia 20. Lipca.

7) P. M., lat 35, stanu wolnego, z Harbutowic. Rozpoznanie: *Cystis ovarii dextri partim accreta ad parietem anteriorem abdominis. Retroflexio uteri partim fixata.*

5. Maja. *Ovariotomia. Ventrofixatio m. Czerny-Terrier.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Badanie w miesiąc po operacyi, w którym to czasie chora opuszcza klinikę, wykazuje macicę do powłok brzusznych przyrosłą. Chora nie doznaje żadnych dolegliwości.

8) G. K., lat 43, zamężna, z Dobrej. Rozpoznanie: *Osteomalacia. Retroflexio uteri libera.*

29. Maja. *Castratio. Ventrofixatio m. Leopold.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. W półtora miesiąca po operacyi macica w przodopochyleniu i zgięciu przyrosła do ściany brzusznej.

9) W. S., lat 32, zamężna, z Przemyśla. Rozpoznanie: *Retroflexio uteri fixata. Descensus ovarii utriusque accreti.*

19. Maja. *Ventrofixatio uteri m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Miesiączkowała od 16. roku życia prawidłowo. Zamężna od lat 12-tu, nie rodziła, miała raz ronić w drugim miesiącu ciąży. Czuje się słabą od lat sześciu. Miewa częste bóle dołem brzucha, liczne przypady nerwowe jak pokłuwania, trętwienie, bóle w nogach. Regularność powtarza się co 4 tygodnie z miernymi bólami w krzyżach. Od roku spółkowanie bardzo bolesne tak, że chora unika stósunku z mężem i z powodu tego czuje się bardzo nieszczęśliwą. Leczy się od sześciu lat bez żadnego skutku.

Badanie wykazuje macicę prawidłowej wielkości w tyłozgięciu, do tylnej ściany miednicy przyrosłą. Oba jajniki nisko ułożone bolesne, nieruchome.

19. Maja wykonano laparotomię: na tępo oddzielono zrosty łączące macicę z tylną ścianą miednicy i odbytnicą. Po oddzieleniu zrostów dosyć znaczne krwawienie, które uciskiem gazy jodoformowej powstrzymano. Następnie częścią na tępo a częścią nożyczkami pooddzielano zrosty jajnikowe i przyszyto macicę do ściany brzusznej. Przez pierwsze trzy dni po operacyi ciągłe wymioty i mocne bóle dołem i w krzyżach. Dalszy przebieg zaburzony powstaniem wypociny koło jajnika prawego, która jednak pod wpływem środków resorbcyjnych ustąpiła prawie całkowicie.

26. Czerwca chora opuszcza klinikę a przez badanie można przekonać się, że macica znajduje się w przodopochyleniu i w lekkiej elewacyi do ściany brzusznej przyrosła. Po stronie prawej macicy wysoko można wybadać jajnik nieco tkliwy, nieruchomy; lewego jajnika wybadać nie można. Chora skarży się na bóle w krzyżach.

10) B. M., lat 22, zamężna, z Cła. Rozpoznanie: *Anteflexio uteri retropositi. Descensus ovarii utriusque.*

29. Maja. *Ventrofixatio uteri m. Leopold.*

Wywiady: Zamężna od 2 lat, nie roniła, nie rodziła. Pierwsza regularność w 18. roku życia, dopiero po przerwie rocznej zaczęła się powtarzać nieregularnie z bólami dołem i w krzyżach, które dotąd zawsze towarzyszą regularności. W ostatnich miesiącach bóle te występują i poza regularnością. Od miesiąca krwawienie z macicy. Spółkowanie często bolesne.

Stan obecny: Część pochwowa nieco niżej ustawiona, w osi miednicy. Trzon wielkości i zbitości prawidłowej, ruchomy, w przodozgięciu. Szyjka mocno podciągnięta ku tyłowi przez więzadła tylne, które można wybadać w postaci napiętych postronków. Po obu stronach, nieco ku tyłowi, blisko macicy, poniżej jej ujścia wewnętrznego można wybadać jajniki ruchome, tkliwe, nieco większe.

29. Maja laparotomia. Trzon macicy podniesiono ku przodowi i górze i przyszyto do powłok brzusznych sposobem Leopolda. Oba jajniki przytem podniosły się znacznie.

Przebieg: W okolicy dolnej części rany ropienie i rozejście się brzegów, przez co leczenie znacznie przedłużone. Badanie 5. Lipca wykazuje macicę w przodopochyleniu przyrosłą do ściany brzusznej. Jajników wybadać nie można. Krwawienie, które utrzymywało się jeszcze przez kilka dni, ustąpiło całkiem po operacyi. Podmiotowy stan zdrowia bardzo dobry.

11) G. E., lat 38, zamężna, z Bojanowa. Rozpoznanie: *Retroversio uteri fixata. Perisalpingitis et perioophoritis adhaesiva.*

4. Kwietnia. *Ventrofixatio uteri m. Czerny-Terrier.*

Wywiady: Pierwsza miesiączka w 18. roku życia powtarzała się regularnie z bólami dołem i w krzyżach. Zamężna od lat 19-tu, nie rodziła, prawdopodobnie raz roniła. Od trzech miesięcy regularność obfitsza niż dawniej, utrzymuje się do 12-tu dni i łączy się z mocnymi bólami, które i po regularności, lubo w mniejszym stopniu, utrzymują się. Spółkowanie bolesne. Od kilku miesięcy białe upławy. Leczona przez czas dłuższy.

Stan obecny: Część pochwowa stożkowata, w osi miednicy ustawiona, zbitości prawidłowej. Ujście tworzy szparkę poprzeczną o brzegach gładkich. Trzon macicy zwrócony ku tyłowi, z powodu zrostów nie daje się odprowadzić. Po obu stronach macicy można wybadać oba niżej ułożone, nieruchome jajniki.

4. Czerwca. Po rozcięciu powłok brzusznych taśmowate zrosty, łączące trzon macicy z tylną ścianą miednicy i odbytnicą, częścią poprzerywano palcami, grubsze zaś przecięto po podwiązaniu. Oba jajniki, jak również trąbki połączone zrostami ze sąsiedztwem, oswobodzono i następnie przyszyto macicę do ściany brzusznej.

Przebieg: W okolicy dolnej połowy rany ropienie i rozejście się brzegów. Skoro brzegi rany pokryły się granulacyami, założono szwy wtórorzędne, poczem rana zgoiła się przez rychłozrost.

15. Lipca opuszcza klinikę, nie doznając żadnych dolegliwości a badanie wykazuje macicę do powłok brzusznych przyrosłą. Jajników wybadać nie można.

12) K. A., lat 48, zamężna. z Jaworzna. Rozpoznanie: *Inversio vaginae, prolapsus completus uteri retroflexi. Metritis universalis majoris gradus. Cystis ovarii sinistri libera.*

9. Czerwca. *Operatio inversionis vaginae modo Freund. Perineorrhaphia m. Lawson-Tait. Ovariotomia. Ventrofixatio m. Leopold.*

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; wynik jednak nie całkiem dobry, gdyż z powodu zawczesnego wyjęcia szwów macica znacznie cięższa nie przyrosła do ściany brzusznej; pomimo tego jednak stale utrzymuje się ku przodowi.

Wykonaliśmy więc wentrofiksacyą przy sposobności, t. j. obok laparotomii z innego wskazania pięć razy (cztery razy guzy jajnikowe 1. 2. 7. 12., raz wytrzebienie z powodu rozmiękczenia kości 8.) i to trzy razy z powodu wypadnięcia, dwa razy z powodu tyłozgięcia macicy.

Wentrofiksacyę jako zabieg samoistny wykonano siedm razy: cztery razy w tyłozgięciu lub tyłopochyleniu macicy przyrosłej (3. 6. 4. 5.) dwa razy w tyłozgięciu macicy ustalonej i opadnięciu jajników (9. 11.), raz w przodozgięciu macicy ku tyłowi przeciągniętej i obniżeniu jajników (10). W tym ostatnim przypadku wykonaliśmy operacyę głównie z powodu obniżenia jajników.

Raz przed przyszyciem macicy odcięto jedną zmienioną trąbkę (3) i raz odcięto obie zmienione trąbki i jajniki (6).

Operowaliśmy zawsze w ułożeniu chorej poleconem przez Trendelenburga. Cięcie brzuszne prowadzono dosyć długie, ku dołowi, jak najbliżej spojenia łonowego. Asystent zwykle wysuwał ku górze macicę od strony pochwy, a gdy to okazało się niedostatecznem, przeciągano przez przednią ścianę nitkę jedwabną i za pomocą niej podtrzymywano macicę wygodnie ku górze. W jednym jednak przypadku po wyjęciu nitki z nakłuć wystąpiło dosyć znaczne krwawienie tak, że musiano przystąpić do okłucia otworków. Zrosty oddzielano na tępo palcami, grubsze zaś podwiązywano i przecinano. Krwawienie dosyć znaczne po oddzieleniu zrostów, jakie wystąpiło u chorej pod 9., było następstwem tego, że dla zbyt utrudnionego przystępu nie można było podwiązać zrostów grubszych. Ucisk gazą jodoformową wystarczył do powstrzymania krwawienia. Do szycia używaliśmy jedwabiu i katgutu sublimatowego. Trzy razy operowano metodą Leopolda (8. 10. 12.), dwa razy z dobrym skutkiem, raz ze złym z powodu zawczesnego wyjęcia szwów. W tym ostatnim jednak przypadku, jakkolwiek nie wytworzyły się zrosty

między macicą a ścianą brzuszną, macica stale utrzymywała się ku przodowi. Siedm razy operowano metodą Czernego z modyfikacyą Terriera, zawsze z dobrym skutkiem a dwa razy (4. 5.) z moją modyfikacyą, polegającą na tem, że szwy przeprowadzono nie przez przednią, lecz przez tylną ścianę macicy. Do tej modyfikacyi skłoniły mnie następujące okoliczności: Po oddzieleniu zrostów łączących macicę z tylną ścianą miednicy w przypadku 5-tym i odprowadzeniu macicy ku przodowi, układała się ona tak w przodozgięciu, że górna część tylnej ściany przylegała do przedniej ściany brzusznej, co tem wybitniej występywało, że macica była o 3 cm. dłuższą od prawidłowej. Wyrozumowawszy zaś teoretycznie, że w tem położeniu macicy wytwarza się więcej miejsca dla pęcherza moczowego, że w razie przyszycia wytworzą się zrosty tylko na wąskim obszarze, co w razie ciąży może się okazać korzystnem, dalej, że to położenie macicy najwięcej jest zbliżone do fizyologicznego a wreszcie, że gdyby się później zrosty rozluźniły, to w tem położeniu macica łatwiej się ku przodowi utrzyma, przyszyłem ją w ten sposób w powyższym przypadku.

Wynik pooperacyjny był bardzo dobry. Wszystkie przypady ustąpiły w krótkim czasie; regularność po operacyi nie była tak obfita i bez boleści a pomniejszenie macicy, wygojenie samoistne rozległej nadżerki i ustąpienie upławów jest najlepszym dowodem, że w tem położeniu macicy utrzymuje się krążenie prawidłowe. Wynik pomyślny w pierwszym przypadku skłonił mnie do powtórnego zastósowania tej modyfikacyi z wynikiem również dobrym.

Jakkolwiek czas obserwacyi w naszych przypadkach jest za krótki, aby można należycie ocenić wyniki pooperacyjne, to w każdym razie można już teraz przekonać się niewątpliwie o wartości tego zabiegu operacyjnego.

Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

W pierwszym przypadku całkowitego wypadnięcia macicy uzyskaliśmy wynik bardzo dobry, gdyż pomimo, że nie wykonano żadnej operacyi plastycznej pochwy, w 7 miesięcy po operacyi macica znajduje się w nadanem jej przez przyszycie położeniu a pochwa nawet pomimo silnego parcia nie wysuwa się na zewnątrz. Chora ta zaszła w cztery miesiące po operacyi w ciążę i nie doznaje najmniejszych dolegliwości.

Drugi przypadek wypadnięcia macicy usunął się z pod obserwacyi; w pięć tygodni jednak po operacyi był wynik całkiem zadawalniający. W tyłozgięciach i pochyleniach macicy wyniki były również bardzo dobre, macica we wszystkich przypadkach przyrosła do ściany brzusznej a w przypadkach obniżenia jajników wynik był tak dobry, że je albo tylko z wielką trudnością albo wcale nie można było wybadać.

Podmiotowo stan chorych po operacyi albo był całkiem dobry albo poprawił się znacznie.

Pomimo tak korzystnych wyników, jakie uzyskaliśmy przez przyszycie macicy do przedniej ściany brzusznej w przypadkach przez długi czas poprzednio bezskutecznie leczonych, uważałbym zabieg ten operacyjny za ciężki i polecenia godny tylko w tych razach, gdzie leczenie zwykłe w całości wyczerpano a przypady zatruwające życie chorej, utrzymują się w jednakim stopniu. Należy jednak tak w tym jak i w innych zabiegach operacyjnych uwzględnić i stanowisko społeczne kobiety i stósunki, w których kobieta przebywa.

Prędzej bowiem skłonimy się do wykonania tej operacyi u osoby z pracy rąk żyjącej, nie mogącej poddać się leczeniu przeciągającemu się nieraz na całe miesiące a domagającej się szybkiego wyleczenia. A jeżeli przytem uwzględnimy, że u osób tych niekiedy z dala od lekarza przemieszkujących i leczenie krążkami nie jest całkiem obojętne a brak utrzymania w czystości pochwy i usunięcie się z pod kontroli lekarskiej nie rzadko pociąga za sobą złe następstwa, których cały szereg opisał Neugebauer w broszurze p. t.: *Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien. Leipzig 1895*, to niezawodnie w tych przypadkach z wykonaniem zabiegu operacyjnego nie będziemy ociągali się zbyt długo.

Na podstawie spostrzeżeń klinicznych, wskazania do wentrofiksacyi ustanowiłbym następujące:

1) W tyłozgięciach macicy ustalonych, którym towarzyszą uporczywe przypady a leczenie mechaniczno-resorpcyjne pozostaje bez skutku.

2) W tyłozgięciach tak wolnych jak i ruchomych i wypadnięciu macicy, gdy się robi laparotomię z innego wskazania jak guzów jajnikowych, macicznych, torbieli pozajajnikowych.

3) W zboczeniach macicy ku tyłowi i opadnięciu jajników, jeżeli te nie cofną się ku górze w razie odpowiedniego leczenia a przypady nagabujące chorą, są następstwem nieprawidłowego położenia jajników.

4) W wypadnięciach macicy, gdy ani leczenie krążkami ani zwykłe zabiegi operacyjne na międzykroczu i pochwie nie prowadzą do celu.

5) Przy tyłozgięciach macicy wolnych przychyliłbym się do zdania Pozziego, aby wprzód wykonać operacye Aleksandra Adamsa.

W końcu czuję się obowiązanym podziękować swemu szefowi, Szan. prof. Jordanowi za łaskawe odstąpienie mi kilku przypadków operacyjnych i za pozwolenie ogłoszenia niniejszego zdania sprawy.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

Yersin: Zaraza morowa w Hong-Kong.

Zaraza morowa panowała już dosyć długo endemicznie na wyżynach Yunnamu i od czasu do czasu ukazywała się na granicy posiadłości francuzkich w Indochinach, w Mong-Tzé, Lang-Czeu i Pakhoi, gdy w Marcu r. b. pojawiła się w Kantonie i w kilku tygodniach sprzątnęła 60,000 ludzi, na początku zaś Maja wystąpiła w Hong-Kong w sposób bardzo zabójczy dla ludności chińskiej tego miasta.

Ponieważ ze względu na wielki ruch handlowy między Kantonem i Hong-Kong z jednej a Hong-Kong i Tonkinem z drugiej strony zachodziła obawa przeniesienia się zarazy do posiadłości francuzkich, przeto francuskie ministerstwo osad zamorskich poleciło autorowi udać się do Hong-Kong, zbadać chorobę i podać sposoby zapobieżenia przeniesienia się jej do posiadłości francuskich.

15. Czerwca r. b. przybył autor do Hong-Kong, gdy już 300 Chińczyków uległo zarazie, urządził sobie pracownią bakteryologiczną w pobliżu głównego szpitala i przekonał się, iż epidemia panująca w Hong-Kong nie jest niczem innem, jak tylko dawną zarazą morową, która niegdyś dziesiatkowała ludność w Europie, po raz ostatni panowała w Marsylii w roku 1720. i od tego czasu pojawia się tylko w ogniskach odosobnionych w Persyi, Arabii i prowincyi chińskiej Yuannamie.

Po inkubacyi trwającej $4^1/_2$ do 6 dni choroba występuje nagle w postaci ogromnego upadku sił, do którego przyłącza się wkrótce wysoka gorączka, często z bredzeniem. Zaraz pierwszego dnia pojawia się dymienica, zwykle tylko jedna, w 75% przypadków w pachwinie, w 10% pod pachą, rzadko na karku lub w innych miejscach.

Dymienica ta dochodzi bardzo rychło do wielkości jaja kurzego. Śmierć następuje z upływem 48 godzin a dosyć często i wcześniej. Jeżeli życie przedłuża się do 5 do 6 dni, rokowanie staje się lepszem, dymienica mięknie i można przez nacięcie wypuścić z niej ropę.

W niektórych przypadkach nie ma czasu na wytworzenie się dymienicy a wtedy widzi się krwotoki do błon śluzowych i petocie (*taches pétéchiales*) na skórze.

Śmiertelność z zarazy morowej jest bardzo znaczna i wynosiła w szpitalach 95%.

W dzielnicach miasta nawiedzonych przez epidemię leżało na ziemi mnóstwo padłych szczurów. Uwagi godna, że w części miasta, w której zaraza ukazała się naprzód, budowano właśnie nowy kanał ciasny i z osadnikami (*cuvettes à décantation*) trudnemi bardzo do czyszczenia, wychodki zaś zaopatrzone są w beczki ruchome, które wymienia się codziennie, zużywając materye kloaczne po stósownem przerobieniu do uprawy ogrodów położonych na brzegu rzeki mającej ujście do morza.

Mieszkania uboższych warstw ludności chińskiej są nadzwyczaj ciasne, niechlujne i przepełnione. Wiele z nich nie ma nawet okien i leży poniżej poziomu ulicy. Pojąć przeto łatwo, jak takie stosunki sanitarne sprzyjają rozwojowi epidemii i jak je trudno naprawić. Proponowano też w celu powstrzymania zarazy spalić całą dzielnicę przez Chińczyków zamieszkałą, lecz myśl ta rozbiła się o koszta.

Dotychczas bardzo mało Europejczyków uległo zarazie, dzięki niewątpliwie ich lepszym pod względem higienicznym mieszkaniom, które wszakże nie są zupełnie bezpieczne, jeżeli się zważy, że nieraz w ich pobliżu znajdują się padłe na zarazę szczury.

Lekarze miejscowi, którzy już nieraz widzieli epidemie zarazy morowej, powiadają, iż przed wystąpieniem u ludzi pojawia się zaraza bardzo gwałtownie u myszy, szczurów, bawołów i świń.

Z poszukiwań bakteryologicznych autora wypada, że miazga w dymienicach składa się z samych prawie laseczników, krótkich a grubych z końcami zaokrąglonemi, łatwych do zabarwienia barwikami anilinowemi a nie barwiących się metodą Grama. Końce laseczników barwią się o wiele mocniej, niż środek. Niekiedy wydaje się, jakoby laseczniki były otoczone torebką. Znajdują się one w wielkiej ilości w dymienicach i w gruczołach limfatycznych, niekiedy także także i we krwi, ale w małej ilości; nie ma zaś ich we krwi w przypadkach bardzo ciężkich i rychło kończących się śmiercią.

Z miazgi dymienic, zasianej na żelozie[1]) rozwijają się kolonie białe, przeźroczyste, z brzegami iryzującemi, jeżeli bada się w świetle odbitem.

Jeszcze lepiej udają się hodowle na żelozie, do której dodano gliceryny.

Myszy, szczury i świnki morskie zaszczepione miazgą z dymienic giną z wszelką pewnością a przy autopsyi widać zmiany charakterystyczne z mnóstwem laseczników w gruczołach limfatycznych, śledzionie i krwi. Świnki morskie padają po 2 do 5 dniach, myszy po 1 do 3 dniach.

Można przenieść chorobę z jednej świnki na drugą zapomocą miazgi ze śledziony lub krwi. Im częściej odbyto przenoszenie, tem rychlej padają zwierzęta.

Gołębie nie giną, jeżeli zaszczepi się im umiarkowaną ilość czy miazgi z dymienic czy hodowanych laseczników.

W narządach wewnętrznych szczurów padłych czy to po domach czy po ulicach znajduje się mnóstwo laseczników. U wielu zwierząt można znaleść prawdziwe dymienice.

[1]) galarecie otrzymanej z pewnego mchu japońskiego.

Autor przekonał się, że po umieszczeniu obok siebie myszy zdrowych i szczepionych giną naprzód szczepione a następnie zdrowe, u których znów można wykazać właściwe laseczniki.

Nie ulega przeto wątpliwości, że zaraza morowa jest chorobą zaraźliwą i dającą się przeszczepić. Prawdopodobnie roznoszą ją głównie szczury. Autor przekonał się także w swej pracowni, że zarazę morową mogą przenosić i muchy, które od niej padają. Z much padłych w pracowni autora można było wyhodować w wielkiej liczbie laseczniki całkiem podobne do laseczników zarazy morowej a świnka morska zaszczepiona niemi padła po 48 godzinach, autopsya zaś wykazała zmiany właściwe zarazie morowej.

Również udało się autorowi otrzymać właściwe laseczniki ze ziemi wybranej w głębokości 4 do 5 cm. w domu nawiedzonym zarazą morową, w którym nawet próbowano desinfekcyi. Laseczniki te były bardzo podobne do laseczników wydobytych z dymienic, lecz nie były jadowite.

Z hodowli pochodzących ze krwi i dymienicy jednego chorego udało się autorowi wyhodować rozmaite odmiany lasecznika, różniące się pomiędzy sobą jadowitością względem zwierząt a nawet niektóre całkiem nieszkodliwe dla świnki morskiej. Również mógł autor wyhodować laseczniki całkiem nieszkodliwe nawet dla myszy z miazgi gruczołu limfatycznego rekonwalescenta z choroby od 3 tygodni.

To pozwala spodziewać się, ze znajdzie się sposób imunizowania zwierząt przeciw zarazie morowej. Autor rozpoczął w tej mierze doświadczenia i obiecuje, że z nich zda sprawę. (*Annales de l' Institut Pasteur*. 9. 25. Września 1894).

R.

Położnictwo.

A. Mermann: **Szóste sprawozdanie o porodach bez wewnętrznej desinfekcyi.**

Autor ważne to w praktyce pytanie rozbiera corocznie w *Centralblatt für Gynaekologie* począwszy od roku 1889. W pierwszej swej pracy zatytułowanej: Dwieście porodów bez profilaktycznych przepłukiwań pochwy pisze, iż uważa przepłukiwania pochwy przez położne za szkodliwe, nie tylko dla możebności zakażenia z zewnątrz, ale i dla tego, iż obałamucają położne. Zdaje im się bowiem, że przepłukiwanie pochwy jest równoznaczącem z desinfekcyą rąk. Zgadzając się zatem z zdaniem Bokelmanna, że każda prawidłowo rodząca jest aseptyczna, unikał autor w swym przytulisku dla położnych w Mannheimie konsekwentnie wszelkich przepłukiwań pochwy. I oto podawszy poprzednio do wiadomości sprawozdanie z 1000 porodów, podaje obecnie 300 świeżych przypadków. W tej liczbie było potrzebnych 65 zabiegów, i ani jednej położnicy nie stracił. Jedna kobieta tylko przeniesiona następnie z gruźlicą płuca do szpitala tamże umarła. A n i j e d n e g o p r z y p a d k u c i ę ż k i e j c h o r o b y z a k a ź n e j n i e m i a ł. Z całej liczby 1300 położnic umarły 4. Oprócz poprzednio wzmiankowanej chorej umarła jedna w skutek pęknięcia macicy, jedna w skutek raka żołądka i tylko jedna chora, przybyła do zakładu już zakażona, umarła w skutek gorączki połogowej. Śmiertelność ogólna wynosi przeto 0·3%, śmiertelność w skutek gorączki połogowej 0·06%; w zakładzie samym nie zakaziła się żadna chora.

U ostatnich 300 położnic tylko w 20 przypadkach podniosła się ciepłota do 38·0°C, chociaż w niektórych przypadkach przyczyną podniesienia się ciepłoty były choroby poza narządem płciowym. Z całej sumy 1300 porodów z rzędu bez przepłukiwań w pierwszej setce ciepłota podnosiła się ponad 38·0°C u 21%, z następnych 1200 porodów takie podniesienie ciepłoty zdarzyło się tylko u 5—7%, licząc w to już i podniesienie się ciepłoty n. p. w skutek ropni, choroby brodawek, które to cierpienia z sprawą chorobową macicy nic nie mają wspólnego. Autor sądzi, iż w pierwszej setce przypadków dla tego miał gorsze wyniki, bo służba jeszcze nie była dobrze wyćwiczoną i w skutek tego w osobistej desinfekcyi nie była dość skrupulatną.

Przy końcu swej rozprawki powołuje się autor z zadowoleniem na statystyczne zestawienie Madlenera, który wykazał, iż z końcem r. 1892. tylko w 8 niemieckich klinikach desinfekcyonowano położne profilaktycznie, w 12 zaś tego zaniechano. (*Centralblatt für Gynaekologie* 1894 Nr. 33).

Bogdanik.

Odontologia.

W. Veit: **Niebezpieczeństwa noszenia sztucznych zębów.** (z klinik chirurg. Uniw. berlińskiego).

Połykanie płyt ze sztucznemi zębami nie jest rzeczą bynajmniej rzadką a niebezpieczeństwa ztąd wynikające nabierają nieraz bardzo poważnego znaczenia. Już samo wrażenie psychiczne, jakie na chorym wywiera połknięcie przedmiotu nierównego i kolczastego, który może pokaleczyć cały przewód pokarmowy, wystarcza, aby przyprawić go o mocne zboczenia nerwowe.

Piśmiennictwo podaje kilka przypadków, w których chorzy budząc się rano, nie znalazłszy w ustach swych zębów sztucznych, biegli do lekarzy, wskazując nawet miejsce, w którym ów kawałek miał utkwić w przełyku. Badania zgłębnikiem i wziernikiem nic nie wykazały, ale za to obfitsze w plon było przeszukanie pościeli, w której częstokroć znajdowano przyczynę fałszywego alarmu pod materacem lub poduszką.

Silver z Nowego Jorku opisuje połknięcie płyty przez 28-letnią kobietę, u której lekarz miał zepchnąć zgłębnikiem płytkę do żołądka. Natychmiast nastąpiły wymioty i bóle w dołku podsercowym. Po przeczekaniu przez parę dni, gdy płyta nie opuszczała przewodu pokarmowego, przystąpiono do operacyi. Gdy jednak w żołądku nic nie znaleziono, powiedziano chorej, że płytę usunięto; stan jej poprawił się znacznie a całą chorobę położono na karb histeryi. W pół roku potem chora ta przybyła do Nowego Jorku i tu znowu skarżyła się na bóle. Zadecydowano więc poddać ją po raz drugi operacyi. Po szerokiem nacięciu jamy brzusznej przeszukano cały przewód pokarmowy a nie znalazłszy nic, potwierdzono poprzednie mniemanie o histeryi. Chora opuściła szpital po kilku tygodniach a w rok powróciła do niego ze zmianami w szczytach, które w końcu stały się przyczyną zejścia śmiertelnego.

Sekcya wykazała w dolnej 3-ciej części przełyku płytę o 3 zębach, w zaułku przełyku otoczoną nowo wytworzoną tkanką.

Po większej części płyty połknięte wychodzą drogami naturalnemi za podaniem środków osłaniających, jak znacznych ilości kaszy lub ziemniaków.

Geisselbrecht w przypadku, w którym połknięto płytę o 6-ciu zębach z klamrami, podał z dobrym skutkiem chorej bawełnę zamięszaną z białkiem.

Na 7 przypadków, które Veit z własnych przytacza spostrzeżeń, w dwóch udało się zachowawcze leczenie, w pięciu innych przyszło do rękoczynu a mianowicie do ezofagotomii.

Bruno Fischer, który zebrał statystykę z operacyj robionych z powodu połknięcia płytek, na 22 ezofagotomie notuje 2 przypadki śmierci. Nie tak pomyślnie brzmi referat Veita z kliniki berlińskiej, gdyż na pięć operacyj dwie zakończyły się śmiertelnie. Z tych raz zakażenie gnilne a drugi raz zapalenie płuc było przyczyną niepomyślnego wyniku.

Najczęstszem miejscem, w którem płyty zaczepiają się, jest wązkie przejście przełyku tuż poza krtanią; w większej też części przypadków badanie wziernikiem prowadzi do pomyślnego końca. W badaniu zgłębnikiem trzeba być zawsze bardzo ostrożnym: po pierwsze dlatego, aby chrząstki nie mięszać z połkniętym przedmiotem, po drugie, że przy gwałtowniejszym spychaniu lub usiłowaniu wyciągnięcia płyty z gardziela, łatwo można ostrą klamrą lub odłamkiem kauczuku sprowadzić jeżeli nie przebicie, to przynajmniej okaleczenie ścian przełyku, które może wywołać nader niebezpieczne ropnie. Dlatego przestrzegać należy przed zbyt energicznemi usiłowaniami wydobycia płyty.

Jest istotnie w tem pewna słuszność, zazwyczaj bowiem płyta ta ma na swym brzegu tyle nierówności i ząbkowatych końców, iż trudno pomyśleć, aby bez obrażenia można ją wydobyć z fałdów błony śluzowej.

Prawie we wszystkich opisanych przypadkach rozchodziło się nie o płyty całe, ale o ich większe lub mniejsze kawałki. Przez przygryzienie twardego pokarmu lub upuszczenie pęka często płyta kauczukowa i mimo to częstokroć używa się jej dalej tak, że nie trudno sobie wyobrazić połknięcie takiego odłamku. Zdarza się to mianowicie, gdy dla dogodności zrobiono bardzo małą płytkę i nie umocowano jej dostatecznie.

Udławienie się płytą następuje zazwyczaj podczas snu. Bardzo wielu dentystów poleca chorym spanie ze sztucznemi zębami w ustach, gdyż ma to wywierać bardzo dobry wpływ na dokładne przyleganie protez. W wyjątkowych przypadkach, gdzie mamy wielkie protezy, można to polecić bez szkody, lecz zawsze trzeba być ostrożnym i wywiedzieć się dokładnie, czy osoba, której się to tyczy, jak często bywa, nie ma zwyczaju zgrzytania zębami lub mimowolnego ssania płyty we śnie. Co się tyczy małych albo nawet średnich płytek, winno się zawsze na noc je wyjmować dla uniknięcia nieprzyjemnych następstw a prócz tego trzeba koniecznie uważać na ich bardzo dokładne umocowanie, gdyż niekiedy połknięto płytkę nawet przy piciu wody.

W jednym z przypadków podanych przez Veita połknięta płyta dostała się do krtani. Chory przybył do kliniki z objawami ogromnej duszności; badanie wziernikiem wykazało, że szczęśliwym zbiegiem okoliczności płytka sama przeszła przez światło tchawicy a dwa do niej przyczepione sztuczne zęby zaczepiły się o wiązadła głosowe. Usiłowania wydobycia za pomocą kleszczyków sprawiły mocny obrzęk tak, że musiano przystąpić do rozcięcia tchawicy, poczem dopiero usunięto przeszkodę.

W końcu wspomnieć tu trzeba, że należy wyjmować sztuczne zęby przed każdą narkozą, gdy udławienie się lub aspirowanie płyty łatwo nastąpić może podczas uśpienia. (*Verhandlungen der deutschen odontologischen Gesellschaft.* Tom V. Zeszyt IV).

Dr. W. Łepkowski.

Zapiski terapeutyczne.

— H. Kucharzewski (w Warszawie): O działaniu terapeutycznem wodochlorku fenokolu. Wodochlorek fenokolu czyli amidoacetoparafenetydyna jestto proszek biały, krystaliczny, o słabej woni aromatycznej, smaku gorzkosłonawym, rozpuszczający się, lubo dosyć trudno, we wodzie i wyskoku, nie rozpuszczający się w eterze i chloroformie, rozpuszczający się zaś w glicerynie w temperaturze 60° w stosunku 1 : 2.

Zachęcony pomyślnymi skutkami otrzymanymi przez innych, rozpoczął autor swe doświadczenia z wodochlorkiem fenokolu (z chemicznej fabryki akcyjnej, dawniej E. Scheringa w Berlinie) jeszcze w roku 1891 i używał go w 3 przypadkach suchot płucnych, 1 duru brzusznego, 1 róży na twarzy, 2 bólu kulszowego (*ischias*), 1 kamicy żółciowej, 1 zapalenia przewlekłego rdzenia pacierzowego, 1 rwy nerwu troistego, 4 przewlekłego i 1 ostrego gośćca.

Z doświadczeń tych autora wypada:

1) Wodochlorek fenokolu jest dobrym i pewnym środkiem przeciwgorączkowym. Dawka 0.50 do 0·60 co 2 godziny. Często wystarcza jedna tylko dawka, zazwyczaj trzeba 2 lub 3, rzadko 4. Obniżeniu się temperatury towarzyszą niekiedy poty, powtórnemu zaś podniesieniu się jej niekiedy lekkie dreszczyki.

2) W newralgiach wystarczają 3 lub 4 dawki po 0.50 niekiedy do zupełnego usunięcia bólu, w innych razach tylko do ich zmniejszenia.

3) W trzech (na 4) przypadkach gośćca przewlekłego poprawił się stan znacznie po zadaniu fenokolu. W przy-

padku zaś ostrego gośćca stawowego obniżył fenokol temperaturę, nie wywarł jednak wpływu na samą chorobę.

4) W żadnym przypadku przez siebie spostrzeganym nie widział autor po użyciu fenokolu szkodliwego działania na serce, płuca, przewód pokarmowy, skórę i nerki. W moczu, który po zadaniu fenokolu nabierał niekiedy barwy ciemnej, nie było białka. (*St. Petersburger med. Wchschft.* 15. Września 1894).

— W. Holstein (w Paryżu): O niektórych mało znanych skutkach terapeutycznych wodanu chloralu. W praktyce często uważa się bardzo mało na wielorakość działania leków. Skoro tylko jakiś lek poznanym zostanie z głównego swego działania leczniczego, powstaje pewna dążność używania go tylko w tym celu a zaniedbywania go pod względem innych jego skutków terapeutycznych. Tak n. p. chloralu używa się prawie wyłącznie jako leku nasennego i uspakajającego i nie ma wątpliwości, że to jego działanie jest najwybitniejsze

Chloral wszakże nie tylko jest znakomitym środkiem nasennym, lecz zwalnia także skurczone tężcowo mięśnie gładkie i rozszerza dzielnie naczynia na obwodzie. Tego jednak działania chloralu ani nie badano dostatecznie ani go w praktyce należycie dotychczas nie wyzyskano.

Rokitansky w Inspruku zaleca chloral z jodkiem potasu w dychawicy oskrzelowej a Pal w Wiedniu używa chloralu w krwotokach z dróg oddechowych w celu rozszerzenia naczyń w skórze i odprowadzenia w ten sposób krwi od narządów wewnętrznych, mianowicie płuc.

W podobnym celu zaleca Szerszewski wodan chloralu kilka razy dziennie po 15 do 20 centygramów z jodkiem potasu w tętniaku tętnicy głównej *(aneurysma aortae)*, sam wodan chloralu zaś przeciw tak niemiłemu ziębnieniu rąk i nóg u osób niedokrewnych i neuropatycznych.

Autor przekonał się, że wodan chloralu jest dobrym środkiem przeciw uporczywemu zaparciu żywota, tak pospolitemu w wielu nerwicach. $1\frac{1}{2}$ grama chloralu zadanego wieczorem przed udaniem się na spoczynek wystarcza do wypróżnienia nietylko w dniu następnym, ale i przez kilka dni potem z rzędu. W tej mierze wodan chloralu podobny jest do atropiny z tą tylko różnicą, iż działa mocniej i pewniej, niż rozmaite przetwory pokrzyku wilczej jagody *(atropa belladonna)*.

Oczywistą jest rzeczą, że chloral przepisuje się przeciw zaparciu żywota tylko od czasu do czasu i ma się przytem na uwadze pewne przeciwwskazania, jak wady organiczne serca, trądzik czerwony (*acne rosacea*) i ciężkie formy histeryi. *(La semaine médicale* 26. Września 1894).

— P. Samter (w Królewcu): Przypadek mięsaka wyleczony przez zadawanie wewnętrznie arszeniku. Przypadków wyleczenia raka skórnego przez zażywanie arszeniku znamy już z piśmiennictwa kilka a w ostatnich czasach opisał Lassar (por. Nr. 37. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.) przypadek czerniaka skóry wyleczony również arszenikiem. Do tych przypadków przybywa teraz przypadek mięsaka u panny 23-letniej, usadowiony na główce lewej piszczeli i dwukrotnie operowany bez skutku, ponieważ nowotwór odnawiał się po operacyi. Kiedy autor widział chorą poraz pierwszy, po drugiej recydywie, miał nowotwór wielkość jabłka, gruczoły limfatyczne w pachwinie, w pasze, również jak i kolano, wszystko po stronie lewej były obrzmiałe a chodzenie i stanie dla mocnych bólów niemożliwe. Ponieważ chora nie przystała na amputacyę, ograniczył się autor do powierzchownego zeskrobania nowotworu w celu zbadania mikroskopijnego, które wykazało mięsak o komórkach olbrzymich, a zadał wewnętrznie pigułki zawierające po $2\frac{1}{2}$ miligrama kwasu arsenawego, dochodząc z niemi powoli do 10 na dzień, nowotwór zaś opatrywał po dwa razy na tydzień tylko gazą jodoformową.

Po 9 miesiącach takiego leczenia przekonał się autor o bardzo znacznem zmniejszeniu się tak gruczołów limfatycznych w pasze i w pachwinie, jak i samego nowotworu, tudzież ustąpieniu bólów i swobodnem używaniu lewej nogi; wyskrobał znów nowotwór i zadawał jeszcze przez dwa lata arszenik wewnętrznie aż do zupełnego usunięcia choroby, po której pozostało tylko małe zgłębienie w kości wypełnione ziarniną, nie okazującą pod mikroskopem ani śladu tkaniny mięsakowej.

— Do leczenia miernego nieżytu dróg oddechowych zaleca Roux na podstawie własnego doświadczenia wdychanie przez nos i usta przez 2 do 3 minut po kilka razy dziennie wody kolońskiej wylanej na chustkę od nosa. W przypadkach autora ustąpił katar już po 24 godzinach po 4 lub 5 wetchnięciach wody kolońskiej i nie zajął ani tchawicy ani oskrzeli.

Woda kolońska używana przez autora miała skład:

118) Rp. *Olei bergamottae*
Olei cort. aurantiorum $\widehat{aa}$ *100·000*
Olei citri
Olei rorismarini $\widehat{aa}$ *20·00*
Olei aurantii fructus *20·00–25·00*
Spir. vini (90%) *975·00*

Ponieważ wdychania wyskoku nie skutkują, przeto Roux jest zdania, że skutecznymi są tylko olejki lotne. *(Lyon médical* 2. 1894).

— W oparzeniach zaleca Starr maść:

119) Rp. *Liquoris ferri sesquichlorati* *3·00*
Vaselini *24·00*

Maść ta w oparzeniach powierzchownych łagodzi bóle i zapobiega tworzeniu się pęcherzy, w owrzodzeniach zaś po oparzeniach głębokich nadaje się bardzo dobrze do opatrywania. *(Semaine médicale* 35. 1894),

— W oparzeniach lekkich i przeciw poceniu się nóg zaleca E. Dietrich zasypkę:

120) Rp. *Alumnoli* *10·00*
Talci pulverati
Amyli puri $\widehat{aa}$ *45·00*
(Pharm. Cntlhalle 22. 1894).

IV. Herman Helmholtz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Wspomniałem tylko o najważniejszych odkryciach z dziedziny fizyologii wzroku, któremi obdarzył nas Helmoltz.

Również i nauka o zmyśle słuchu zawdzięcza postać swą obecną przeważnie zdobyczom Helmholtza. Zdobycze te spotykamy znowu zebrane w dziele: *die Lehre von den Tonempfindungen*, które zarówno, jak wspomniany *Handbuch der physiologischen Optik* tworzy jeden z najszlachetniejszych owoców badań fizyologicznych. Dzieło to, które ukazało się w r. 1862 jako owoc siedmioletnich badań, ma bardzo doniosłe znaczenie nietylko dla fizyologii, ale bodaj czy nie większe dla fizyki i dla naukowego zrozumienia muzyki. Wytłómaczył on w niem istotę dźwięczności (barwy, *timbre*) tonów wydobytych na rozmaitych instrumentach i także głosu ludzkiego, wykazując zapomocą doświadczeń i osobno w tym celu zbudowanych przyrządów (resonatorów) że gdy siła tonu zależy od obszerności (amplitudy), wysokość od szybkości drgań przedmiotu dźwięczącego, tak zwana barwa tonu jest następstwem szczególnej postaci drgań. Obok tonu zasadniczego powstaje cały szereg tonów górnych, których ilość, wysokość i siła składają się razem z tonem zasadniczym na ton o pewnej danej dźwięczności. Dowiódł tego Helmholtz w sposób przekonywający, czyniąc każdy z tych

tonów górnych słyszalnym zapomocą odpowiednich resonatorów. Podobnie także dowiódł, co było świetnym tryumfem tych badań, że samogłoski głosu ludzkiego nie są niczem innem, jak tylko skutkiem tonów górnych, wywołanych rozmaitością kształtu jamy ust podczas wymawiania różnych samogłosek. I to znowu wykazał przy pomocy genialnie obmyślonych przyrządów, zapomocą których składał samogłoski mowy ludzkiej.

Dla zrozumienia sposobu powstawania wrażeń dźwiękowych wypowiedział przypuszczenie, dotąd jeszcze uchodzące za słuszne, że nasz zmysł słuchu posiada w zakończeniach nerwowych, rozłożonych w narządzie Cortego ślimaka elementa nastrojone i czułe na pewne dźwięki a przez to dokładniej jest zbudowany, niż zmysł wzroku, którego zakończenia nerwowe są tylko czułemi na trzy barwy zasadnicze. Mamy tu znowu rozszerzenie zasady swoistej energii nerwów.

Postępując za pracami fizyologicznemi Helmholtza, widzimy, że jakąkolwiek kwestyę obrał za przedmiot swych studyów, zawsze celem gruntownego przeprowadzenia badań konstruował sobie nowe przyrządy, wytwarzał nowe metody badania. To zbudował myograf, to znowu oftalmoskop i oftalmometr, to znów resonatory i wiele innych. Wiedział on dobrze, jak ważnemi są metody badania w doświadczeniach, jak ważną rolę może odgrywać każda nowa metoda, choćby pozornie mniejszej wagi, ile zjawisk przyrody zmysłom naszym niedostępnych ona nam odkryć jest w stanie. To, co przy obserwacyi bezpośredniej uchodziło naszej uwagi, odsłania się nam jako nieznane zjawiska; inne zjawiska mylnie obserwowane poznajemy dopiero dokładniej, badając je zapomocą udoskonalonych metod.

Pomimo, że rys powyższy nie daje jeszcze zupełnego obrazu czynności Helmholtza w dziedzinie fizyologii, niepodobna nawet w tych szczupłych rozmiarach ocenić jego znaczenia w nauce jako fizyka.

Badania Helmholtza nad gniciem i fermentacyą (1843), w których pierwszy wykazał mikroskopowo, że sprawy te są dziełem drobnoustrojów, a nie jak Liebig sądził, następstwem działania tlenu, dalej doświadczenia nad produkcyą ciepła podczas stanu czynnego mięśni, które przyczyniły się do usunięcia teoryi o sile życiowej, poprowadziły Helmholtza do badań, których rezultatem była wspomniana już rozgłośna praca: O zachowaniu energii. Na podstawie doświadczeń Joula o powstawaniu ciepła podczas tarcia wody w wąskich rurach, dowiódł matematycznie, że ciepło jest tylko postacią energii, obliczył równoważnik dynamiczny ciepła i wykazał, że suma energii znajdującej się w wszechświecie pozostaje zawsze stałą. Zasadę równoważnika ciepła i pracy mechanicznej wypowiedział wprawdzie był lekarz w Heilbrunie R. Mayer w r. 1842, jednakże twierdzenia jego uszły uwagi fizyków, gdyż częściowo oparte były na samych tylko rozumowaniach, a także Helmholtz nie znał ich wcale.

Oprócz Mayera i Joule dowodził także i to już zapomocą różnych doświadczeń, że ciepło otrzymane z pracy mechanicznej jest jej równoważnikiem a więc jest tylko inną postacią ruchu, nie dającego się zniszczyć. Jednakże wyników Joula nie uogólniano i uważano je tylko za osobne przykłady. Tylko Helmholtz dostarczył ścisłych, matematycznych dowodów dla swych twierdzeń i dlatego praca jego nabrała tak olbrzymiego znaczenia. Z nowo znalezionych praw fizyki zdołał on tylko wysnuć logicznie przeprowadzone a daleko idące wnioski, których poznanie jest dla nauki doniosłą korzyścią. Tu należy przekształcenie nauki o cieple, badania nad regelacyą, zastósowanie nauki mechanicznej ciepła do powstania, rozwoju i przyszłego końca naszego systemu słonecznego, wreszcie zastósowanie jej do zawiłych zjawisk elektryczności.

Badania elektryczne później wypełniały już życie Helmholtza od czasu, gdy w r. 1871 porzuciwszy katedrę fizyologii, którą po Królewcu piastował kolejno jeszcze w Bonn i Heidelberdze, przyjął katedrę fizyki w Berlinie. Badania te doprowadziły także jednego z jego uczniów do wykazania, że elektryczność statyczna jest podobnie, jak światło ruchem fal poprzecznych eteru.

W ostatnich dwu dziesięcioleciach życia zagłębiał się Helmholtz coraz więcej w zagadnienia teoretycznej, matematycznej fizyki. Pomimo to nie tracił nigdy nici łączącej teoretyczne rozumowania z rzeczywistością, z częścią eksperymentalną. Dowód tego mamy w okoliczności, że w r. 1888. stanął Helmholtz na czele zakładu techniczno-fizycznego, założonego przez Siemensa a uczynił to, aby módz robić doświadczenia na wielką skalę; zakład ten bowiem dzielił się na dwie części: jedna z nich pod bezpośrednim sterem Helmholtza zajmowała się tylko zadaniami czysto umiejętnemi, druga budową dokładnych przyrządów w celu badania ciepła oraz zjawisk elektrycznych i optycznych.

Wśród wszystkich swoich prac, ścisłych obserwacyj, i pomysłowych doświadczeń nie przestawał Helmholtz rozmyśliwać nad przyczynami i istotą naszych wyobrażeń i od czasu do czasu występował z czysto filozoficznemi, głęboko obmyślanemi pracami, które ogłaszał bądź w odczytach publicznych, bądź w rozprawach. Słusznie też należy się Helmholtzowi przydomek *natural philosopher*, albowiem w badaniu przyrody występował w nim zawsze filozof.

Imponuje nam w dziełach Helmholtza, że w całem jego działaniu, w jakiejkolwiek występowało ono dziedzinie, widzimy wytyczony jeden kierunek, ku któremu badacz ten dążył i doznajemy wrażenia, jak gdyby w pierwszych młodzieńczych swych pracach miał już na celu ostatnie swe dzieła. A zawsze tylko obejmował najtrudniejsze i najwyższe zagadnienia, a wszędzie dawał nowe wyjaśnienia i czynił ciemne a ważne zjawiska zrozumiałemi.

W porywających słowach skreślił Helmholtz w r. 1891. podczas uroczystości 50-letniego jubileuszu doktorskiego i 70-letnich urodzin rozwój swego ducha, podobnie jakto już częściowo był uczynił 12 lat przedtem w wspomnianym na wstępie wykładzie: *Das Denken in der Medizin.* Wykłady jego podobnie, jak rozprawy odznaczają się wspaniałą formą i zdradzają udoskonalone poczucie artystyczne, jakkolwiek, jak sam Helmholtz przyznaje, do ich opracowania poświęcał bardzo wiele czasu, i nie raz przekreślał to, co już był napisał, aby mu nadać, piękniejszą, doskonalszą formę. Prace jego oprócz wspomnianych dotąd, mieszczą się w dwóch tomach: *Wissenschaftliche Abhandlungen* i w *Vorträge und Reden.*

Z Helmholtzem zgasł prawdziwy olbrzym ducha, jaki ukazuje się tylko rzadko wśród ludzkości, gwiazda, której dozwolone było świecić przez długi czas ku dobru ludzkości, świecić i pozapalać nowe światła w ciemnych i niedostęp-

nych dotąd tajnikach przyrody. Toteż póki tylko istnieć będzie myśl ludzka, póki ludzie szukać będą prawdy, nie zaginie imię Helmholtza. *Doc. A. Beck.*

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 4. Października 1894 r.

— Pan Namiestnik Galicyi z W. Księstwem krakowskiem zamianował lekarzy powiatowych 2. klasy Drów Mieczysława Dembowskiego, Gustawa Bielańskiego, Oresta Litwinowicza i Władysława Czyżewicza lekarzami powiatowymi 1. klasy, asystentów zaś sanitarnych Drów Jana Bednarskiego, Filipa Schmidta, Eugeniusza Lachowicza, Adolfa Kuhna, Józefa Petersa, Józefa Friedberga, Jana Opieńskiego, Walerego Momidłowskiego, Władysława Węgrzynowskiego i Józefa Szajnę lekarzami powiatowymi 2. klasy a przeniósł lekarza powiatowego Dra Zenona Frydmana z Husiatyna do Lwowa przeznaczając go do służby w wydziale spraw lekarskich Namiestnictwa, lekarza pow. Dra Eugeniusza Lachowicza z Rzeszowa do Skałatu, asystentów sanitarnych zaś Dra Władysława Pohoreckiego ze Skałatu do Husiatyna, Dra Tadeusza Teodorowicza ze Stanisławowa do Rzeszowa, oraz przeznaczył asystenta sanitarnego Dra Włodzimierza Szczepańskiego stale do czynności lekarskich w starostwie w Ropczycach.

— Jak donosi jedno z codziennych pism krakowskich, udała się temi czasy deputacya interesowanych kobiet do Pana Ministra oświaty Dra Stanisława Madeyskiego w sprawie dopuszczenia kobiet do uniwersytetów, mianowicie wydziału lekarskiego w Krakowie. Pan Minister oświadczył, iż nic nie ma przeciw uczęszczaniu kobiet na wykłady jako gości, nie może jednak zgodzić się, by były uczniami zwyczajnymi i otrzymywały stopnie akademickie, gdyż na to nie pozwalają ustawy, których zmieniać nie ma teraz powodu. Wobec tak stanowczej odpowiedzi nie należy spodziewać się w przyszłości najbliższej dopuszczenia kobiet do nauk uniwersyteckich w Austryi; rada zaś, by kobiety korzystając z oświadczenia Pana Ministra zapisały się jako goście na wykłady we wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, nie może doprowadzić do żadnego praktycznego rezultatu, gdyż pomijając, iż dopuszczenie kobiet na wykłady zależy jeszcze od woli wykładających, do stopni naukowych mają teraz prawo wyłącznie mężczyźni i to tylko ci, którzy zdali egzamin dojrzałości w gimnazyum klasycznem i jako uczniowie zwyczajni słuchali przepisanych wykładów w uniwersytecie, od otrzymania zaś stopnia naukowego zależy prawo do praktyki lekarskiej. Pozwolenie przeto, by kobiety bez egzaminu właściwego dojrzałości uczęszczały jako słuchaczki zwyczajne na wykłady uniwersyteckie i w swym czasie otrzymywały stopnie naukowe, byłoby nie równouprawnieniem ich z mężczyznami, ale nadaniem im szczególniejszych prerogatyw.

Powoływanie się w tej sprawie na dopuszczenie w Bośnii i Hercegowinie kobiet do praktyki lekarskiej nie jest właściwem, gdyż tam rząd dopuścił kobiety do praktyki jedynie ze względu na miejscową ludność mahometańską, która z powodów religijnych i zwyczajowych nie chce wzywać pomocy lekarskiej mężczyzn dla kobiet.

— W dniu 28. i 29. z. m. odbył się we Lwowie Zjazd balneologiczny, na który przybyło około 30 lekarzy zdrojowych i właścicieli zdrojowisk lub ich reprezentantów. Obrady zagaił inicyator Zjazdu, radca Namiestnictwa i protomedyk Dr. Merunowicz, którego też obrano przewodniczącym, mianując jego zastępcą Dra W. Ściborowskiego. Przewodniczący zwrócił w obszernym wykładzie uwagę na potrzebę koniecznych reform higienicznych w naszych zdrojowiskach. Uchwalono założyć Towarzystwo balneologiczne, do którego będą mogli należeć właściciele, względnie administratorowie zdrojowisk, lekarze zdrojowi i osoby zajmujące się sprawami balneologicznemi. Zjazdy balneologiczne odbywać się mają corocznie w jednem ze zdrojowisk nie wyłączając miast i to w czasie między 20. Września a 1. Października. Postanowiono starać się o lepszą komunikacyą do zdrojowisk i poruczono myśl założenia wspólnego, głównego składu krajowych wód mineralnych; w końcu wybrano komisyą do ułożenia statutu Towarzystwa balneologicznego i przedłożenia go Władzy do zatwierdzenia i powołano do niej pp. Dra Merunowicza jako przewodniczącego, Drów Lesława Gluzińskiego i Andrzeja Lorentskiego, hr. Potockiego z Rymanowa i Wiśniewskiego ze Szczawnicy.

— Nakładem księgarni W. Obuchowskiego w Warszawie (ulica Szpitalna Nr. 5.) wyszła popularna broszura pod tytułem: *O suchotach czyli gruźlicy, jak wystrzegać się tej choroby* napisana przez Seweryna Sterlinga, lekarza w Tomaszowie w Królestwie polskiem. Jestto bardzo popularne, na niebardzo wykształcone warstwy społeczeństwa obliczone przedstawienie istoty i przyczyn gruźlicy, tudzież sposobów uchronienia się od niej. Rzecz opracowana jędrnie, treściwie ma tę jeszcze zaletę, iż nie wdaje się w pouczanie czytelników o leczeniu, co w broszurach tego rodzaju uważamy wprost za szkodliwe a że jest na czasie, najlepszy dowód, iż wyszła w drugiem wydaniu, do czego niewątpliwie przyczynia się i niska jej cena (3 kopiejki czyli 6 groszy). Życząc broszurze przeto jak najlepszego powodzenia w kołach, do których ją autor przeznaczył, prosimy w przyszłem wydaniu autora o poprawienie kilku usterek językowych (umiera się na suchoty, ale nie od suchot), wydawcę zaś o lepszą korektę. Kiedy treść dobra, niech będzie taką i forma!

— Dr. Władysław Kopaczyński w Samborze mianowany lekarzem więziennym w Stanisławowie.

— Obdukcya lekarska wykazała jako przyczynę śmierci Helmholtza rozległy krwotok do prawej półkuli mózgowej z przebiciem prawej komory.

— Kosztem prywatnym założono w Kalkucie instytut ofiologiczny w celu badania umiejętnego jadu wężów i doświadczeń ze środkami przeciw ukąszeniu przez te gady.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 10. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) odbędą się demonstracye naukowe; 2) kol. profesor Bujwid mówić będzie: *O warunkach zdrowej wody podług zasad nowoczesnej higieny.*

Korespondencya administracyi.

Dr. J. H. w K. gubernia kowieńska. Za zaginione Nra *Przeglądu lek.* administracya nie pobiera od prenumeratorów należytości.

Dr. Gr. w St. Sien. gub. podolska. Zaległe numera od 21. do 36. już wysłaliśmy koło 20. z. m. pod powyższym adresem. Jeżeli nie doszły, prosimy o zawiadomienie; wyślemy je w takim razie po raz drugi.

Do Nru niniejszego dołącza się przedruk rozprawy Dra Wołkowicza: *O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę pierwszego asystenta przy katedrze Anatomii opisowej z płacą roczną 600 złr. i mieszkaniem.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 12. Października 1894.

Kraków dnia 1. Października 1894.

Dr. Rosner,
Dziekan Wydziału lekarskiego.



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 13. Października 1894 r. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kliniki ginekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

W sprawie płodności kobiet mających włókniaki macicy.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

I-szy asystent.

Znakomity patolog niemiecki, Cohnheim[1]) opierając się wyłącznie na materyale sekcyjnym, oświadczył, że włókniaki macicy pojawiają się z upodobaniem u starych panien *(mit besonderer Vorliebe gerade bei alten Jungfern)*, w ogóle u osób, które nie rodziły i części rodnych nie używały. Przeciw temu zapatrywaniu wystąpili ginekolodzy i starali się wykazać cyframi, że staropanieństwo nie usposabia wcale do rozwoju tego nowotworu, że owszem pojawia się on najczęściej u osób zamężnych i matek. Ale widocznie i duże cyfry z wiarygodnych pochodzące źródeł, nie zdołały dotąd obalić zapatrywań, popartych siłą logiki i powagą nazwiska wielkiego lipskiego patologa, skoro Hegar w najnowszej swojej monografii[2]) o popędzie płciowym jeszcze waha się między temi dwoma skrajnemi zdaniami.

Polemizując z Beblem[3]), który wbrew okolicznościom powszechnie udowodnionym, szuka przyczyny przeważnej liczby chorób kobiecych a przedewszystkiem nowotworów sutków, jajników i macicy w nieużywaniu części rodnych, z całym naciskiem stwierdza, że nowotwory sutków, jajnika a przedewszystkiem rak macicy wydarzają się znacznie częściej u kobiet zamężnych, niż u panien i częściej u kobiet, które rodziły, niż u niepłodnych. Ale co do włókniaków macicy wyraża się ostrożnie i z zastrzeżeniami: *Nur über die gutartigen Fasergeschwülste der Gebärmutter sind die Ansichten getheilt, indem die Einen eine überwiegende Antheilnahme der Verheiratheten bezw. Niedergekommenen, die Anderen eine solche der Ledigen bezw. Kinderlosen behaupten. Keinen Falls wird der Unterschied sehr bedeutend sein, wie auch schliesslich das Resultat weiterer Untersuchungen ausfallen wird.*

[1]) Cohnheim: Vorlesungen über allg. Pathol. 1882. I. s. 745.
[2]) Hegar: Der Geschlechtstrieb. Stuttgart 1894. s. 42.
[3]) Bebel: Die Frau und der Socialismus. X. wyd.

Ta chwiejność jednego z pierwszych ginekologów niemieckich zadziwić musi tem bardziej, że właśnie niemieccy autorowie zastanawiali się gruntownie nad tą kwestyą i oni to zadali stanowczy cios hipotezie Cohnheimowskiej. I tak Beigel[1]) zebrał 146 przypadków włókniaków i przekonał się, że 52% a więc więcej, niż połowa wystąpiła u kobiet zamężnych; Winckel[2]) zestawiając obok swoich przypadków przypadki Chiary Hewitta, Westa, Schrödera i Beigla (razem 528) przyszedł do przekonania, że w 75% przypadkach dotknięte były tem cierpieniem kobiety zamężne. Gusserow[3]) rozporządza statystyką jeszcze większą, bo 953 przypadkami, częścią swoimi, częścią innych autorów, jak Beigla, Westa, Dupuytrena, Hewitta, Moorego, Maddena, Engelmanna i Röhriga. Z tych 953 kobiet cierpiących na włókniaki było 672 zamężnych a 287 stanu wolnego, więc po stronie zamężnych 70%. Dalej Schorler[4]), rozporządzający materyałem kliniki berlińskiej i prywatnej praktyki Schrödera zbiera 822 przypadków. Z tych 77·52% tyczyło się kobiet zamężnych. W statystyce Michelsa[5]) (160 przypadków) przewaga po stronie zamężnych jest jeszcze wyraźniejsza, bo 79·6%; najwyraźniej jednak w statystyce Meyera[6]), w której na 152 chorych dotkniętych włókniakami było 128 czyli 84·3% zamężnych.

[1]) Cyt. z Gusserowa.
[2]) Winckel: Ueber Myome des Uterus etc. Volkmanns Samml. 1876. Nr. 98.
[3]) Gusserow: Die Neubildungen des Uterus. 1885. s. 39.
[4]) Scholler: Ueber Fibromyome des Uterus. Zeitschrift für Geb. und Gyn. XI. 1884. s. 141.
[5]) Cyt. z Gusserowa l. c.
[6]) Die Uterusfibroide in der Schwangerschaft etc. Inaug. dissert. Zürich 1887. s. 30.

Zestawiając w innym celu wszystkie przypadki włókniaków macicy, obserwowane w klinice krakowskiej w ostatnich kilku latach, zebrałem ich 193, więc cyfrę dużą, acz znacznie mniejszą od zbiorowych statystyk niemieckich. Jeżeli statystykę tę przytaczam, to czynię to nie dlatego, żebym ją chciał innym przeciwstawiać, ale z tej przyczyny, że dadzą się z niej, jak zobaczymy, wysnuć wnioski niewątpliwie ciekawe. Z moich 193 pacyentek było zamężnych, względnie wdów 170, osób zaś stanu wolnego tylko 23. Więc po jednej stronie 88%, po drugiej 12%. Jeżeli zestawienie to porównamy z wyżej przytoczonemi statystykami innych autorów, to przekonamy się, że nasza cyfra 88% jest największa. A w rzeczywistości powinna ona być jeszcze większą, bo przeciwstawiając osobom zamężnym, osoby stanu wolnego w kwestyi nas obchodzącej, nie mamy przecież na myśli ślubu w pojęciu prawniczem, tylko chcemy przeciwstawić kobiety spółkujące i matki kobietom, których części rodne są w zupełnym spoczynku. Tak tę kwestyę pojmował Cohnheim, mówiąc: *alte Jungfern*. Tymczasem wywiady naszych 23 osób stanu wolnego wykazują, że dziesięć z nich rodziło (razem 13-ro dzieci); u nich więc części rodne nie były w spoczynku i one powinny być przeniesione do grupy zamężnych, jeżeli się chce otrzymać cyfry do prawdy zbliżone i rzucające światło na etyologię włókniaków. Pozostałoby po stronie niezamężnych tylko 13 a i o tych nie możemy z całą pewnością powiedzieć, czy były one „stanu wolnego“ w Cohnheimowskim pojęciu. Zmieniwszy w ten, jak sądzę, godziwy a nawet niezbędny sposób nasze cyfry, otrzymamy po stronie zamężnych liczbę odsetkową 93·3, po stronie wolnych 6·7. Cyfry te tak skrajne przemawiają wyraźnie przeciw przypuszczeniu Cohnheima.

Co się tyczy płodności tych kobiet, to nie ulega wątpliwości, że jest ona mniejsza, niż u kobiet zdrowych. Tak liczba kobiet niepłodnych, jak i liczba dzieci urodzonych z tych matek stwierdzają to dobitnie. Z naszych 180 kobiet (liczę tu razem zamężne i te niezamężne, które rodziły) było niepłodnych 25 czyli 14%. Zbliżoną do tego cyfrę otrzymuje Meyer[1]) (14·8%); inni znacznie wyższe i tak według Gusserowa jest niepłodnych kobiet 27%, według Winckla 24·3%, według Schorlera 33·7%. Między choremi na włókniaki pacyentkami prywatnemi Schrödera było niepłodnych aż 39·5%. Że cyfra nasza 14% jest tak dziwnie mała, pochodzić może ztąd, że do płodnych zaliczyłem i te kobiety, które nie rodziły nigdy, ale roniły. Być może, że w ten sposób liczbę niepłodnych zanadto zmniejszyłem, bo jest rzeczą prawdopodobną, że nie wszystkie kobiety, które podają, że roniły, roniły też rzeczywiście; może właśnie w przebiegu włókniaków występujące krwawienia naprowadziły je na niewłaściwe rozpoznanie poronienia. Z drugiej jednak strony sądziłem, że nie zgadzałoby się to z pojęciem płodności i niepłodności, gdybym kobiety, które roniły, zaliczył był do niepłodnych.

Na 180 kobiet zamężnych wypada 622 porodów a więc na jedną 3·45. Jeżeli zaś rozdzielimy te porody tylko między te, które w ogóle rodziły, to na jedną wypadną 4 porody a więc cyfra mniejsza wprawdzie od prawidłowej, ale nie tak znacznie, jak w statystykach autorów niemieckich. W zestawieniu Winckla wypada na jedną osobę cierpiącą na włókniaki 2·7 porodów, u Meyera 3·2, u Schorlera 3·4, gdy w Niemczech liczy się średnio na jedną zdrową kobietę 4·5 porodów, cyfra, która i u nas da się zastósować bez wielkiego błędu. (Dokończenie nastąpi).

[1]) l. c.

II. O znaczeniu obecności gonokoków w starych plamach.

Podali

Dr. Julian Nowak, asystent katedry anatomii patolog. w Uniw. Jagiell.

i

Dr. Leon Wachholz, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Mimo najpomyślniejszego wyniku badania plamy rzeczonej pod względem obecności gonokoków nie wydano stanowczego orzeczenia w tej mierze z łatwych do zrozumienia powodów a już głównie dlatego, że nauka nie dostarczyła dotąd należytej pewności co do rozpoznawania gonokoków na wyłącznej podstawie obrazu morfologicznego. Jakkolwiek wszystkie dotyczasowe badania biologii gonokoków, w szczególności zaś badania Wertheima i Fingera wykazały, że gonokoki należą do rzędu mikroorganizmów delikatnych i czułych na rozmaite wpływy, szczególnie zaś na wyschnięcie, pomimo tego zrobiliśmy hodowle z kilku zeskrobanych grudek wedle sposobu płytowego, podanego przez Wertheima. Nie wdając się w szczegółowy opis kolonij, zwracamy uwagę, że otrzymane przez nas niektóre kolonie odpowiadały prawie pod każdym względem opisom Wertheima. Kolonie te były zrazu przeważnie głębokie, po 48 godzinach podobne do ostrężyny, w świetle przepuszczonem żółtobronzowe, w odbitem szarobiałe. Przeszczepione do rurek ze surowicą i agarem (w stósunku 1 : 3) wyrastały bujnie w przeciągu 24 godzin; hodowla była szarobiała, lepka, ciągliwa. W preparatach barwionych wodnym roczynem błękitu metylowego występowały wyraźnie diplokoki, kształtem odpowiadające zupełnie gonokokom, które, jeśli je brano z świeżych hodowli, pochłaniały barwik znakomicie, po kilku zaś dniach (po 8) wzięte z tej samej hodowli barwiły się niedostatecznie i przedstawiały nieforemne, inwolucyjne kształty. Aby nabrać zupełnej pewności, że wyhodowane diplokoki są w istocie gonokokami, przedsięwzięto: 1) doświadczenie z przeszczepieniem trzeciej hodowli na cewkę moczową, 2) zrobiono z hodowli preparaty metodą Grama, 3) zrobiono kłótą hodowlę na żelatynie, tu bowiem w zwykłej pokojowej ciepłocie (wynosiła ona u nas + 21° C.) nie powinny były rozwinąć się gonokoki.

Co do pierwszego: przeszczepiono trzecią hodowlę (agar i surowica) do cewki moczowej dwom chorym na niedołęztwo porażne za łaskawem zezwoleniem Doc. Dra Zuławskiego, któremu składamy na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Kilkakrotne szczepienia ani razu nie odniosły skutku.

Co do drugiego: preparaty z hodowli, barwione metodą Grama nie odbarwiały się, zachowując barwę fioletu goryczkowego; wreszcie co do trzeciego: w kłótej hodowli żelatynowej wykazano nader powolny wzrost bez rozpuszczania się żelatyny. Następne przeszczepiania do rurek ze skośnie stężałym glicerynowym agarem nie różniły się bynajmniej szybkością a nawet bujnością wzrostu od hodowli na agarze ze surowicą krwi.

Wobec tych rezultatów nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że otrzymane hodowle były hodowlami nie gonokoków, lecz diplokoków, które morfologicznie w zupełności są do nich podobne, a które Bumm [1]) wyhodował kilkakrotnie z ropy cewki moczowej. Była to więc hodowla formy zwanej *diplococcus albicans tardissimus*, odznaczająca się powolnym wzrostem na żelatynie w postaci białawych kolonij, pożywki nie rozpuszczających, o kształcie bardzo podobnym do gonokoków, jednak nie odbarwiających się metodą Grama.

Oprócz tych białawych kolonij otrzymaliśmy w pierwotnych hodowlach płytowych kolonie zabarwione po kilku dniach na cytrynowo-żółto. Kolonie te przeszczepione na agar zwykły i glicerynowy rosły w ciepłocie + 36° C., podobnie jak i poprzednie, dość szybko w postaci kępek zrazu punktowatych, białawych, które zwolna zlewały się i stawały żółtemi, w końcu ochrowożółtemi. Podobnie wzrastały na żelatynie, rozpuszczając ją, utrzymując się jednak zawsze w środku ogniska rozpuszczonego a nie rozszerzając się w obwodzie. Preparaty z tych kolonij sporządzone okazywały wielkie diplokoki z kształtu również zupełnie do gonokoków podobne, nie odbarwiające się jednak metodą Grama. Zaszczepione do cewki moczowej nie wywoływały żadnej zmiany. Wedle tych właściwości oceniono ten rodzaj diplokoków jako *micrococcus subflavus* Bumma; wszystkie bowiem co dopiero opisane właściwości odpowiadają temu gatunkowi, który Bumm [1]) wyhodował z odchodów połogowych wydzieliny pochwowej, a który otrzymano także z moczu niektórych chorych na nieżyt pęcherza moczowego, z treści pęcherzy w pęcherzycy, także i w wydzielinie pochwowej dzieci cierpiących na zapalenie niewiewiórowe pochwy.

Z zaschłej ropy na owej plamie nie otrzymano hodowli gonokoków i nic dziwnego, gdyż gonokoki, jak o tem pouczają badania Wertheima i Fingera, zatracają swą żywotność i przeszczepialność przez wysuszenie. Za obecnością zaś gonokoków w zaschłych grudkach z plamy przemawiała prócz podobieństwa morfotycznego i obecności we wnętrzu komórek niektórych diplokoków i ta okoliczność, iż się odbarwiały metodą Grama, gdy żadne inne diplokoki wyhodowane na płytach z tych samych grudek przymiotu tego nie miały. Uzasadnionem było zatem przypuszczenie, iż owe diplokoki, odbarwiające się metodą Grama, nie wyhodowały się na płytach a więc najpodobniej do prawdy były gonokokami.

Celem odróżnienia otrzymanych gatunków diplokoków od prawdziwych gonokoków, zrobiono hodowle płytowe ze świeżej ropy niewiewiórowej, w których obok kolonii gonokoków prawdziwych otrzymano kolonie *diplococcus albicans tardissimus*.

Różnica kolonij jednych a drugich była tylko ilościowa, to znaczy, że kolonie gonokoków były skąpsze i miały wzrost wolniejszy. W preparatach barwionych metodą Grama odbarwiały się zupełnie przeciwnie, jak biały diplokok Bumma.

Nawiasem uważamy za stósowne zwrócić na tem miejscu uwagę, iż badaliśmy białą, gęstą wydzielinę wyciśniętą z trąbek zwłok kobiety Rudy S., l. 23 liczącej, zmarłej wskutek otrucia fosforem, u której znaleziono przy sekcyi *cystitis, colpitis, endometritis et salpingitis* z wcale obfitą wydzieliną białą, gęstą. W wydzielinie z trąbek wykazano mikroskopowo prawie wyłącznie tylko złuszczone i rozpadające się przybłonki wałeczkowate migawkowe. Z wydzieliny tej, zaszczepionej w agar ze surowicą otrzymano na płytach kolonie łańcuszkowca lancetowatego (*streptococcus lanceolatus*), kolonie *micrococci subflavi* i *diplococci albicantis* obok innych zanieczyszczeń. Gonokoków nie znaleziono.

Pomimo wszystkich tych badań, pomimo wielu danych, przemawiających zatem, iż w grudkach zbadanej plamy diplokoki, odbarwiające się metodą Grama, były gonokokami, oczekiwaliśmy z niecierpliwością wyniku oględzin lekarskich tak obwinionego jak i poszkodowanej.

Niemiłą stał się dla nas niespodzianką wywód oględzin lekarskich, które podjęte zarówno w pierwszych dniach po przypadku, jak i później wskutek trzeciego punktu przytoczonego orzeczenia wykazały u obojga, t. j. tak u obwinionego jak i poszkodowanej, najzupełniej prawidłowy stan części płciowych. Badanie lekarskie obwinionego wykazało wrzód na udzie lewem. O istocie tego wyniku mógł jeden z nas przekonać się naocznie.

O ile przykrem było nasze rozczarowanie w danym przypadku, o tyle jednak posłużyło ono nam za naukę na przyszłość, jak bardzo mało można polegać na wykazaniu czyto w ropie, czy też w plamie z ropy powstałej mikroorganizmów, morfotycznie a nawet mikrochemicznie (metoda Grama) podobnych do gonokoków.

Zanim pod koniec niniejszego sprawozdania podamy swe poglądy na sądowo-lekarskie znaczenie gonokoków, pozwolimy sobie dla zaokrąglenia pracy podać bodaj w krótkości zapatrywania w tej mierze autorów sądowolekarskich. Musimy ich rozdzielić na dwa przeciwne obozy: niemiecki i francuzki.

Pierwszego przedstawicielami są Kratter i Ibsen [1]), którzy przypisują wykazaniu gonokoków, otrzymanych wyłącznie zapomocą preparatów stósownie barwionych, bądźto z ropy, bądźteż z plam na bieliźnie z ropy pochodzących, rozstrzygające znaczenie dyagnostyczne. Hoffmann [2]) roztrząsając sprawę tę w swym podręczniku, nie wydaje stanowczego sądu. Obóz francuzki, na czele którego stoją Vibert, Bordas [3]) a w ostatnich czasach Bosc [4]), zapatruje się na rzeczoną kwestyę z wyraźnem niedowierzaniem; wszakżeż Vibert, zdając na posiedzeniu towarzystwa sądowolekarskiego w Paryżu sprawę z pracy Bosca z Montpellier powiada, że Bosco doszedł na zasadzie swego doświadczenia do tego samego zdania, do którego on (tj. Vibert) wraz z Bordasem przedtem już był doszedł. W zdaniu tem sprawy powiada Vibert: *peut-être vous rappelez-vous, Messieurs, qu'il y a trois ans, nous vous avons communiqué, M. Bordas et moi, un travail, où nous exprimions l'opinion que le moment n'était pas encore venu de faire intervenir la nature du gonocoque dans la pratique de la médecine légale.*

Jak Vibert kończąc swoje zdanie sprawy z pracy Bosca wyraża się *cette opinion* (wyżej dosłownie przytoczona) *est encore la nôtre aujourd'hui*, tak i my za nim uznać musimy tę opinię za swoją. Pouczeni przykrem (niestety praw-

[1]) Die Mikroorganismen von Dr. Flügge. Leipzig.

[1]) Ueber die Verwerthb. d. Gonok. besonders für d. ger. Med. Berlin. klin. Woch. 1890. Nr. 42. — Mimo starania nie mogliśmy się zaznajomić z treścią odczytu prof. Krattera, na zjeździe międzynarodowym w Rzymie p. t. „Ueber Gonococcennachweis in alten Flecken."

[2]) Lehrb. d. ger. Med. Wien, Leipzig 1893.

[3]) Du gonocoque en méd. lég. Annal. d'hyg. 1891.

[4]) Le Gonocoque i t. d. These. Montpellier 1894.

dziwem jest zdanie *errando discimus*) doświadczeniem w przytoczonym przypadku dochodzimy do wniosków:

1) że nie nadeszła jeszcze chwila, w którejbyśmy mogli z całkowitą pewnością polegać w danych przypadkach na wykazaniu morfotycznem gonokoków tak w wydzielinie cewki moczowej, względnie części płciowych, jak i w plamach a to, ponieważ mogą się znaleść w nich zupełnie takież same morfologicznie, co gonokoki, diplokoki, jak *diplococcus albicans tardissimus*, *micrococcus subflavus* i inne, wreszcie i takie nawet diplokoki, które z gonokokiem mają wspólne właściwości mikrochemiczne, t. j. odbarwiają się metodą Grama.

Takim był diplokok, wykryty przez nas w grudkach z plamy na spodnicy, którego jednak bliższych cech biologicznych nie byliśmy w stanie zbadać, ponieważ nie wyhodował się na pożywkach.

2) Żadną miarą nie można porównywać zachowania się gonokoka względem barwików, n. p. z prątkiem gruźliczym, który jako taki rozpoznaje się wyłącznie na podstawie obrazu mikroskopowego w preparatach barwionych swoiście.

3) Chcąc ze świeżej wydzieliny osądzić, czy ona jest wiewiórową, należy obok zbadania jej zapomocą barwionych preparatów, zrobić z niej hodowle, zaszczepiać je na zdrową cewkę a dopiero pomyślny skutek tego szczepienia pozwala twierdzić, iż wydzielina była wiewiórową. A co do całego tego postępowania, to mimo znacznych ułatwień, jakich użycza metoda Wertheima, Fingera i wreszcie, jak się zdaje, metoda Turró, przecież jeszcze, bodaj w części, przyznać trzeba słuszność zdaniu Viberta, że manipulacye łączące się się z hodowaniem gonokoków, ostrożność w wykonaniu *ces précautions sont très délicates et difficiles à réaliser dans la pratique.*

Doświadczenia z szczepieniem hodowli na cewkę moczową uzyskają znaczne ułatwienie, jeśli tylko sprawdzi się twierdzenie Turró, że gonokoki wywołują charakterystyczne zapalenie także w cewce moczowej psów.

4) Gdy w plamach, powstałych w istocie z ropy wiewiórowej tracą gonokoki przez wyschnięcie swą żywotność i przeszczepialność a na samym mikroskopowym ich obrazie, jak wykazaliśmy, żadną miarą polegać nie mo na, przeto sprawiedliwem będzie twierdzić, że badanie starych plam pod względem obecności gonokoków celem uzyskania pewności rozpoznania jest bez pożytku i bez znaczenia.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Wszystkie przytoczone wyżej przypadki wydają się nieco wątpliwymi, jak już o tem wzmiankowaliśmy; trudno albowiem zgodzić się na to, iżby przyrzut kiłowy zachował swe zakaźne własności, pozostając w ustroju rodziców w przeciągu kilkunastu i nawet kilkudziesięciu lat; prawdopodobniejszem wydaje się tu przypuszczenie, iż kiła potomstwa mogła zawdzięczać swe pochodzenie świeżej chorobie ukrytego, nieprawego ojca. Podobne podejrzenie jest uzasadnionem szczególnie w przypadku Barthélémego, gdyż starsze potomstwo nie było kiłowem; dopiero ostatnich dwoje dzieci przedstawiało wyraźne objawy kiły dziedzicznej.

Nadmienić tu musimy, iż odziedziczanie świeżej kiły rodziców nie zawsze jest koniecznem; niekiedy wydarza się, iż rodzice dotknięci świeżą kiłą drugorzędną nawet w pierwszym roku po zakażeniu płodzą zdrowe i niekiłowe dzieci. Najczęściej to się dzieje w razie kiły ojca, rzadko zaś, jeśli matka jest kiłową. Najrzedziej rodzą się zdrowe dzieci z ojca i matki kiłowych; podobne przypadki spostrzegali: Cullerier[1]), Dieterich[2]), Putegnat[3]), Hebra[4]), Marowski[5]), Baerensprung[6]), Mireur[7]), Boeck[8]), Caspary[9]), Grünfeld[10]), Greffberg[11]), Zeissl[12]), Raynaud[13]), Keller[14]), Neumann[15]); Fournier[16]) zaś przytoczył 35 przypadków, w których rodzice kiłowi płodzili zdrowe, niekiłowe dzieci; nie wspomina jednak o tem, w jakim była okresie kiła rodziców. Kassowitz[17]), opierając się na 330 porodach spostrzeganych w 119 stadłach kiłowych, utrzymuje, iż świeża kiła rodziców wtedy tylko nie udziela się dzieciom, jeśli ojciec i matka przed zapłodnieniem i podczas niego przebyli energiczne leczenie przeciwkiłowe.

Przypadki płodzenia niezakażonych dzieci przez rodziców, dotkniętych świeżą kiłą, wytłómaczyć się dają też w ten sposób, iż nasienie lub jajko kiłowych osób nie zawsze zawiera w sobie przyrzut kiłowy, obecność zaś jego niezbędną jest dla spłodzenia kiłowego dziecka. Niekiedy napotykają się ciekawe przypadki, w których po urodzeniu się kiłowego płodu następne dziecko przychodzi na świat zdrowe, trzecie zaś znów jest kiłowem; podobne przypadki wszakże są dość rzadkie (Putegnat[18]), Fournier[19]), Raymond[20]), Ferras[21]). Kolejne płodzenie przez kiłowych rodziców zdrowych i zakażonych dzieci, zdaniem Fourniera, pozostaje zawsze w bezpośredniej zależności od tego, czy kiła rodziców kilkakrotnie była leczoną, lecz niedokładnie i z przerwami; podczas leczenia i wkrótce potem przychodziło na świat zdrowe potomstwo, w przerwach zaś, kiedy występowało nasilenie choroby rodziców, rodziły się dzieci zakażone kiłą dziedziczną.

Z kolei następuje pytanie, czy kiła pochodząca od matki jest niebezpieczniejszą i szkodliwszą dla potomstwa od kiły

---

[1]) Bulletin médical. 1889. 47. s. 741.
[2]) l. c. str. 212.
[3]) l. c. str. 105.
[4]) Wiener med. Wochenschrift. 1860. 12.
[5]) Deutsche Klinik. 186. 5, 6, 8/10, 12.
[6]) l. c. str. 149—150. (Fall 73).
[7]) Sur l'hérédité de la syphilis. Thèse. Paris. 1867. s. 26.
[8]) Recherches sur la syphilis. 1875. s. 508.
[9]) Berliner klin. Wochenschrift. 1875. 14. s. 443.
[10]) Wiener medic. Presse. 1879. 47. s. 1494.
[11]) Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis. 1879. 1. s. 105—106.
[12]) Wiener medic. Wochenschrift. 1880. 4. s. 86.; Lehrbuch der Syphilis. Viertelj. 1888. s. 669.
[13]) Bleise: l'hérédité syphilitique. Paris. 1883. s. 53.
[14]) Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1888. 5. s. 837.
[15]) Przegląd lekarski. 1890. 25. s 357.
[16]) Syphilis et le mariage. Paris. 1880. s. 41.; Bulletin médical. 1889. 54. s. 852.
[17]) l. c. str. 96.
[18]) l. c. str. 105.
[19]) Bulletin médical. 1889. 54. s. 853.
[20]) Annual of the universal medical science. Phil. 1892. III. F. str. 15.
[21]) Deutsche medic. Zeitung. 1892. 52.

przekazanej dzieciom przez ojca? Przeważna część autorów, między nimi Weil[1]), Fournier[2]) i Etienne[3]), oświadczają, iż kiła matki jest niebezpieczniejszą dla potomstwa od kiły ojca, która zwykle łagodniej objawia się u dzieci. O słuszności twierdzenia tego łatwo możemy przekonać się rozpatrując statystyczne dane, zebrane przez rozmaitych autorów. Zwykle potomstwo, płodzone przez matki kiłowe, przez długi szereg lat przychodzi na świat przedwcześnie, płód zaś najczęściej okazuje głębokie i rozległe zmiany kiłowe i rodzi się nieżywym; późniejsze dzieci, jakkolwiek rodzą się donoszone i żywe, mają też wybitne objawy kiły i umierają przedwcześnie. Kassowitz na 330 przypadków ciąży matek kiłowych spostrzegał 127 poronień. Blaise[4]) zestawił 1013 spostrzeżeń w tej mierze, które dały 36·8% poronień. Hidridoyen[5]) spostrzegał 25 poronień i 7 porodów donoszonych kiłowych dzieci u 33 kiłowych matek, które poddano leczeniu podczas ciąży. Fournier[6]) przytacza dzieje 13 małżeństw, w których żony były kiłowemi, mężowie zaś nie mieli kiły; spłodziły one liczne potomstwo, składające się z 6 poronionych płodów, 15 dzieci kiłowych, które zmarły wkrótce po urodzeniu się. Zaledwie 7-ro dzieci zostało przy życiu, z których czworo przebywało kiłę dziedziczną; tylko u trzech nie było żadnych oznak zakażenia kiłowego. Jullien[7]) opowiada o pewnej kobiecie kiłowej, która z dwoma mężami spłodziła 17 nieżywych i 3 donoszonych żywych dzieci; inna zaś wydała na świat 10 nieżywych dzieci, pięcioro zaś urodziło się żywo.

Zaznaczyć tu wypada, iż kiła matki znacznie później od kiły ojca zatraca zdolność przekazywania się potomstwu (Letzel[8]); gdy kiła ojca zwykle już po upływie 3—5 lat, rzadko zaś po 5—8 latach przestaje udzielać się dzieciom, kiłowa matka przez długi szereg lat nie przestaje płodzić zakażonego potomstwa, wyjątkowo zaś rzadko kiła matki już po 5 latach utraca zdolność przekazywania się potomstwu. Baerensprung[9]) opisał 11 przypadków, w których matki płodziły potomstwo kiłowe pomimo tego, iż przebywały chorobę przed 5—7 laty; Kassowitz[10]) zaś spostrzegał przypadek, w którym matka w 9 lat po zakażeniu się kiłą wydała na świat dziecię z wybitnemi zmianami kiłowemi; wymieniony autor wszakże zaprzecza temu, iżby kiła matki mogła przez dłuższy czas udzielać się potomstwu od kiły ojca (l. c. str. 99). Profeta[11]) nadmienia o pewnej kobiecie z trzeciorzędną kiłą, która poroniła nieżywy płód, przedstawiający poważne i głębokie zmiany kiłowe. Znane są nadto w piśmiennictwie przypadki, w których kiła matki po 10—20 latach przekazywała się potomstwu (patrz wyżej przytoczone przypadki Henocha i Boecka[12]).

Niektórzy autorowie mniemali, iż kiła dziedziczna biorąca początek od ojca, inaczej objawia się niż kiła pochodząca od matki, mianowicie utrzymywał Baerensprung[1]), jakoby kiła ojcowska zwykła cechować się u potomstwa przeważnie zmianami swoistemi w wątrobie, kiła zaś matki wywołuje następowo u dzieci zwykle zmiany kiłowe w płucach. Spostrzeżenia innych autorów nie wykazały żadnej różnicy w sposobie objawiania się kiły odziedziczonej od matki i od ojca.

Co się zaś tyczy wpływu leczenia kiły rodziców na zdrowie potomstwa, jest on zawsze bardzo pomyślnym i według zgodnego świadectwa dawniejszych i spółczesnych autorów przeszkadza przekazywaniu się dziedzicznemu kiły lub co najmniej ją osłabia (Doublet[2])), Bell[3]), Vannoni[4]), Fallot[5]), Dieterich[6]),, Devilliers[7]), Mazade[8]), Robert[9]), Putegnat[10]), Diday[11]), Duval[12]), Bertin[13]), Löwy[14]), Weber[15]), Kassowitz[16]), Wiede[17]), Mauriac[18]) i t. d.

Leczenie przeciwkiłowe rodziców kiłowych pod dwojakim względem wpływa na odziedziczanie choroby, mianowicie zwalczając zakaźne własności kiły rodziców, przeszkadza udzielaniu się jej potomstwu oraz działając bezpośrednio na ustrój płodu, wpływa pomyślnie na jego kiłowe zmiany, skutkiem czego zamiast przedwczesnego przyjścia na świat nieżywego płodu, rodzi się donoszone dziecię, przedstawiające łagodne zmiany kiłowe lub też dziecię dopiero po urodzeniu zapada na kiłę dziedziczną. Korzystny wpływ leczenia kiły rodziców jest prawie zawsze niezawodnym; szczególnie zaś pomyślnie oddziaływa na ustrój płodu rtęciowe leczenie matki przed zapłodnieniem. Jeśli choroba rodziców nie jest zbyt świeżej daty, wtedy dzięki leczeniu rtęciowemu może nawet rodzić się zdrowe potomstwo, lub też kiła dziedziczna występuje u dzieci w łagodnej postaci. Przypadki potwierdzające korzystny skutek leczenia kiły rodziców, ze względu na odziedziczenie choroby przez potomstwo przytaczali: Fabricius Hildanus[19]), Beatty[20]), Colles[21]), Evans[22]), Thurman[23]), Martinez y Sanchez[24]), Müller[25]), Davosky[26]), Abelin[27]), Kjellberg[28]), Benjamin

[1]) l. c. str. 897.
[2]) Bulletin médical. 1889. 49. s. 771.
[3]) Annales de gynécol. 1892. V. 11. (Avril).
[4]) l. c. str. 88.
[5]) Arch. de tocologie. 1886. Octobre.
[6]) Bulletin médical. 1889. 49. s. 771.
[7]) Annales de dermatologie. 1891. s. 308—311.
[8]) Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien u. Leipzig. 1892. str. 304.
[9]) l. c. str. 115—131.
[10]) l. c. str. 91—92.
[11]) l. c. str. 939.
[12]) Dodać tu trzeba przypadek Greffberga (Viertelj. f. Dermatol. 1879. 1. str. 103—105).

[1]) l. c. str. 185—188.
[2]) Mémoire sur les symptomes et le traitement de la maladie vénerienne dans les enfants nouveau-nés. Paris 1781.
[3]) Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne. II. str. 608.
[4]) Il Raccoglitore medico. 1842. Agosto.
[5]) Du traitement qu'on doit employer contre l'affection syphilique pendant la grossesse. Paris 1842.
[6]) l. c. str. 212.
[7]) Bulletin Acad. de médec. de Paris 1851. XVII. 2.
[8]) Bulletin général de thérap. 1852. Mars.
[9]) l. c. str. 288.
[10]) l. c. str. 151.
[11]) l. c. str. 329. i następne.
[12]) Gaz. des hôpitaux. 1857. 122.
[13]) Gaz. médicale de Paris. 1859. 42; 1860. str. 427.
[14]) Wiener med. Wochenschrift. 1869. 39.
[15]) Berliner klin. Wochenschrift. 1874. 2.
[16]) l. c. str. 84—87.
[17]) Beiträge zum Kapitel der Hereditär-Syphilis. Würzburg. 1880. str. 73.
[18]) l. c. str. 1080 i 1086.
[19]) Natur- curios. Centr. V. Obs. 97; Behrend's: Syphilidologie. 1838. I. str. 127.
[20]) Colles: Practical observations on the venereal diseases. London. 1837. str. 267.
[21]) Tamże. str. 267 i 291.
[22]) Schmidt's Jahrbücher 1847. LVI. str. 319.
[23]) Journal de médec. et de chirurgie. Toulouse. 1851. Octobre.
[24]) Essai sur la syphilis héréditaire. Thèse. Paris 1855. str. 30.
[25]) Wiener medicinische Wochenschrift. 1860. IX 1.
[26]) Memorabilien. 1867. 10.
[27]) Nordiskt medic. Arkiv. 1869. I. 1.
[28]) Tamże. 1872. IV. str. 5.

Bell[1]), Kassowitz[2]), Taylor[3]), Black[4]), Riocreux[5]), Fournier[6]), Leloir[7]), Le-Gendre[8]). Według najnowszej statystyki Etienna[9]) wypada, iż śmiertelność potomstwa, pochodzącego z matek kiłowych wcale nie leczonych, wynosiła od 76,5% do 95,5%; z dzieci zaś matek poddanych leczeniu przeciwkiłowemu, umierało tylko 11%. Ciekawy przypadek Charriera[10]) świadczy o tem, iż leczenie kiły ojca wywiera też niezawodny wpływ pomyślny na zdrowie potomstwa; przypadek tyczył się pewnego ojca kiłowego, który udzieliwszy swej choroby żonie, spłodził z nią następnie troje dzieci zakażonych; przebywszy zaś później leczenie przeciwkiłowe, miał z kochanką kilkoro zdrowych i wolnych od kiły dzieci.

Widzimy więc, iż czas i leczenie kiły rodziców są to dwa najgłówniejsze i potężne czynniki pomyślnie działające na zdrowie potomstwa kiłowych rodziców i zwalczające lub przynajmniej osłabiające odziedziczanie kiły; w stósunku do matki czynniki te nie tak dzielnie i nie tak pewnie wpływają na zdrowie potomstwa, w stósunku zaś do ojca kiłowego śmiało można twierdzić, iż jeśli przebywał on kiłę przed kilku laty i chorobę jego kilkakrotnie leczono systematycznie, wtedy potomstwo jego będzie zdrowe i wolne od kiły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Co się tyczy więc powstawania zapalenia błony śluzowej macicy, wedle przytoczonych zdań autorów, mielibyśmy zakażenie przez dotykanie, zakażenie samorodne *(Autoinfection)*, zaziębienie, zakażenie w przebiegu ogólnych chorób zakaźnych, co popiera praca Massina[11]). W formach krwotocznych nieżytu trzeba zwrócić uwagę na wadę serca, która czasem sprawia krwotoki, jak to oświadcza Greuser[12]). Ciekawą przyczynę *endometritis* przez oparzenie naftą podaje Leopold[13]). Jako ostatnie a może najważniejsze przyczyny nieżytu macicy trzeba wymienić ciążę, poronienie, poród i połóg. Czy samo nadużycie *in Venere*, to jest częste i przydługie spółkowanie między dwiema całkiem zdrowemi osobami, może wywołać nieżyt macicy, nie umiem na pewno rozstrzygnąć; zdaje mi się jednak, że nie; że przedłużone spółkowanie łatwiej prowadzi do zarażenia gonokokami, nie ulega wątpliwości, ile że zazwyczaj dopuszczają się go mężczyźni z odruchami ejakulacyjnymi osłabionymi a, choć sami czują się zdrowymi, przecież jak Wertheim wykazał, ich gonokoki długo zatrzymują swą żywotność a przeniesione na nowe błony śluzowe, zatraconą jadowitość odzyskują na nowo. Tem tłómaczy Wertheim[1]) powtórne zarażenie się wiewiórem mężczyzn od kobiet zdrowych, żon, mianowicie, że zarażają się oni swymi własnymi gonokokami, do których już przywykła błona śluzowa ich własnego prącia, ale które przeszczepione na błonę śluzową zdrową u kobiet, odzyskują zjadliwość i zarażają na nowo swego pierwotnego właściciela.

Gruźlica wreszcie macicy, może przebiegać pod obrazem klinicznym nieżytu. Sprawa ta wedle Jonina[2]) nie jest wcale rzadka. Tak samo Cornil na 50—60 gruźliczych kobiet widywał jedną gruźlicę przewodu rodnego, pod postacią *endometritis glandularis*, z typowymi Kochowskimi lasecznikami i komórkami olbrzymiemi.

Odchody są gęste śluzowato-ropne i mają w sobie ciemnawe, żółtawe gruzełki. Doświadczenie na zwierzętach potwierdza, że można gruźlicę przeszczepić; owszem ogólne gruźlicze zakażenie może wystąpić bez usadowienia się w narządzie rodnym. Że wreszcie gruźlica może się połączyć z wiewiórem a zatem, że symbioza prątków gruźliczych i gonokoków jest pewną, dowodzi przypadek Saulmana[3]). Oprócz wiewióra była gruźlica *endometrii* i ropień gruźliczy w lewych częściach dodatkowych macicy. Po 8 dniach leczenia antroforami z cynku i sublimatu gonokoki znikły, prątki zaś gruźlicze utrzymywały się dalej. Objawy wywołane przez nieżyt macicy są zawsze znaczne, jakkolwiek z drugiej strony zwraca uwagę Veit[4]), że *endometritis* może istnieć bez żadnych objawów i dopiero w ciąży wystąpić tak, że krwotoki, skłonność do poronień, łożysko przodujące miałyby przyczynę swą w takiej nierozpoznanej *endometritis*, którą on bliżej oznacza jako *e. decidua*.

Objawy ostrej *endometritis* mogą zniknąć lub można je przeoczyć, jeżeli *endometritis* wystąpiła w przebiegu ogólnej choroby zakaźnej, jak dur, płonica i t. d. wobec zmian, które taka sprawa chorobowa wywołuje w całym ustroju. Najwięcej spotyka się ostrą *endometritis* w przebiegu zakażenia gnilnego po porodach lub zabiegach chirurgicznych wykonanych nieostrożnie i w zakażeniu wiewiórowem. Odchody zwiększone, czasem jak w *e. puerperalis* zatrzymane, o przykrej czasem woni, stan gorączkowy, bolesność podbrzusza, podraźnienie otrzewnej, wymioty, zboczenia w oddawaniu moczu i kału, bolesność samejże macicy, nieraz mocna pochwica *(vaginismus)*, oto objawy ostrej *endometritis*. Bardzo rychło, jeżeli sprawa nie kończy się zejściem śmiertelnem, jak w *e. septica*, przechodzi stan ostry w okres przewlekły i to są stany najczęściej spotykane.

Do wyjątków prawie należy, jeżeli z anamnezy nie dowie się lekarz, że upławy są już od dłuższego czasu. Ból dołem brzucha i w pęcherzu, bolesne miesiączkowanie, ciągnienie w pachwinach i od krzyżów, nerwobóle wychodzące do żołądka, ku wewnętrznej stronie ud i odpływy mniej lub więcej ropne albo krwawe są, z wyjątkiem podniesienia ciepłoty, objawami przewlekłego zapalenia błony śluzowej macicy. W razie dłuższego trwania ten stan zapalny nie ogranicza się do błony śluzowej macicy, lecz wywołuje najrozmaitsze zmiany chorobowe tak, że w bardzo wielu razach zajęte są prócz błony śluzowej i dalsze części narządu rodnego, wreszcie cały ustrój czuje się chorym. Wyliczyć wszelkie powikłania nieżytu macicy, byłoby chcieć objąć cały obszar chorób kobiecych; dlatego zwrócić się musimy ku leczeniu i wreszcie przedstawić sobie jego wyniki.

Według B. S. Schultzego[5]) niekorzystny wpływ nieżytu macicy na cały ustrój ma swe znaczenie nie tyle w skutek utraty soków, ile przez swe oddziaływanie na cały układ

[1]) Gaz. des hôpitaux. 1873. 97.
[2]) l. c. str. 33. (Obs. X) i 85—86. (Obs. XIII. i XIV).
[3]) Americ. J. of obstetrics. N. Y. 1876. VIII. 3 (November).
[4]) Monatshft f. prakt. Dermatol. 1888. I. str. 755.
[5]) Syphilis. Hérédité paternelle. Thèse. Paris. 1888. s. 136—138.
[6]) Bulletin médical. 1889. 47. 51. str. 741 i 819.
[7]) Journal de connais. médicales. 1889. 31. str. 342.
[8]) Revue pratique d' obstetrique et de pédiatrique. 1892. V.
[9]) l. c. i Wiener medic. Presse. 1892, 24.
[10]) Arch. géner. de médecine. 1862. 5. sér. XX. str. 337.
[11]) Massin: Archiv für Gyn. T. LX. Z. 1.
[12]) Greuser: Centralblatt für Gyn. 1886. s. 155.
[13]) Leopold: Centralblatt f. Gyn. 1886. s. 155.

[1]) Wertheim: Zur Frage von der Recidive... Wiener klinische Wochenschrift. 1894. s. 441. Nr. 24.
[2]) Jouin: De l'endometrie tuberculeuse. Paris 1889. IV. Gazette de Gynaekol.
[3]) Saulmann: Centralblatt f. Gyn. 1892. s. 583.
[4]) J. Veit: Sammlung klin. Vortr. 1885. Nr. 254.
[5]) B. Schultze: Centralblatt f. Gyn. 1880. s. 393.

nerwowy. Zdaniem tego autora zatrzymywanie się wydzielin jest przyczyną dalszych powikłań i z tej zasady wychodząc, polecił on też przepłukiwanie macicy. Zdaniem także Martina[1]) wpływ chorej macicy w *endometritis* i *metritis* jest zgubny dla całego organizmu, wyradza się nawykowe zaparcie żywota z dalszem następstwem złego odżywiania się itd. W tym względzie ważną jest praca Theilhabera[2]) i Profantera[3]) o kaszlu macicznym (*tussis uterina*) i nerwicach. W tych przypadkach rozchodziło się już o cięższe zmiany w narządzie rodnym. Również Schröder[4]) przypisuje *endometritis* znaczenie wobec nerwic i łączy upośledzenie trawienia i nudności z *endometritis* a nawet sądzi, że *hyperemesis gravidarum* dałaby się w ten sposób wytłómaczyć. To też skuteczny wpływ rozszerzenia szyi macicznej blaszkownicą (*laminaria*) w nerwicach tłómaczy Doleris przez naciągnienie nerwów. (Ciąg dalszy nastąpi).

Okulistyka.

A n d o g s k i (w Petersburgu): **Cierpienia oka w skutek pasorzytów w przewodzie pokarmowym.**

Cierpienia oka wywołane obecnością pasożytów w przewodzie pokarmowym podzielić można na dwie grupy. Jedna jest szeregiem objawów będących następstwem ogólnego cierpienia organizmu; do drugiej zaś grupy zaliczyć należy objawy tylko miejscowe bez żadnego udziału reszty ustroju.

Do pierwszej grupy należą zatem zmiany w oku wywołane zmianami w jakości i ilości krwi, jakie powstają w obecności tęgoryjca dwunastnicy (*anchylostoma duodenale*) albo brózdogłowca szerokoczłonkiego (*botriocephalus latus*). W tych razach można spostrzegać zmniejszenie się bystrości wzroku, zatarcie granic tarczy nerwu wzrokowego, zblednięcie barwy dna oka, zapalenie wybroczynowe siatkówki, kurzą ślepotę, drżenie gałek ocznych (*nystagmus*). Po wydaleniu pasorzytów ustępowały te zmiany w miarę, jak poprawiał się stan ogólny.

Drugiej grupie objawów nie towarzyszą wcale zmiany ogólne i związek między nimi a obecnością wnętrzaków w przewodzie pokarmowym jest niezaprzeczony. Przy najdokładniejszem badaniu nie można znaleść żadnej przyczyny miejscowej; objawy te są zatem pochodzenia czysto czynnościowego i odruchowego bez zmiany anatomicznej.

Zdawien dawna uchodziło rozszerzenie źrenic za objaw obecności pasożytów w przewodzie pokarmowym. Denti opisał przypadek, gdzie objaw Argylla-Robertsona zdawał się wskazywać niewątpliwy wiąd rdzenia pacierzowego a gdzie później wykazano obecność tasiemca.

Opisywano przypadki niedowidzenia i ślepoty powstałe na tej samej podstawie przyczynowej, wreszcie zmiany w innerwacyi mięśnia akkomodacyjnego, także i zéz zbieżny w towarzystwie neuralgii nerwu troistego; dalej kurcze kloniczne (*spasmus nictitans*) i toniczne powiek (*blepharospasmus*), niezależne od innych dobrze znanych przyczyn, jak próchnienie zęba, blizny wzdłuż przebiegu n. troistego, cierpienia ucha, części rodnych kobiecych, rogówki lub spojówki itp.

Że obecność pasorzytów rzeczywiście te zmiany wywołuje, dowodzą dwa przypadki A., gdyż po wydaleniu pasorzytów z organizmu ustąpiły zmiany oka. U młodej dziewczyny wystąpił jednostronny kurcz powiek, który się długo utrzymywał, mimo leczenia nie ustępował, stósowano prąd elektryczny, ale choć po każdem posiedzeniu skurcz ten ustępował, wracał nazajutrz z tem samem nasileniem. Dopiero, gdy chora przypadkiem zauważyła w kale kawałki tasiemca, podano stósowne środki a cierpienie oka ustąpiło w krótkim czasie bezpowrotnie. Podobnym był przypadek drugi, gdzie takiż kurcz powiek trwał czas dłuższy, ale towarzyszyły mu łzawienie i światłowstręt, na które kokaina wcale nie działała. Tym razem szukano w kale pasożytów a znalazłszy jajka glistnicy robaczkowej (*oxyuris*) i glisty ludzkiej (*ascaris*), podano santoninę, poczem cierpienie oka ustąpiło szybko i bezpowrotnie. Związek przyczynowy nie ulega zatem tutaj wątpliwości. (*Klinische Monatsblätter für Augenh. Zehender.* Sierpień 1894). *Dr. Brudzewski.*

[1]) Martin: Pathol. und Ther. der Frauenkr. 1887. s. 210—234.
[2]) Theilhaber: Münchner med. Wochenschrift. 1893. Nr. 47 i 48.
[3]) Profanter: Tussis uterina und Neurosen. Wien, Safař. 1894.
[4]) Schröder: Centralblatt für Gyn. 1884. s. 445.

Zapiski terapeutyczne.

— K. M a j e w s k i (w St. Pölten): N o w y ś r o d e k d o o p a t r y w a n i a r a n (*amylum jodatum insolubile*). Okoliczność, że w jodoskrobi znajduje się jod, podobnie jak chlor dzielny środek przeciwgnilny i to w słabem połączeniu z proszkiem bardzo higroskopijnym, w wodzie, alkoholu, eterze, olejach i olejkach eterycznych nie rozpuszczającym się, naprowadziła autora na myśl użycia jodoskrobi jak jodoformu do opatrywania ran.

Jodoskrobię, której używał autor, otrzymuje się przez rozcieranie nastoju jodowego (*tinctura jodi*) ze skrobią pszeniczną (*amylum tritici*) w stósunku 1 : 2 i następnie wysuszenie przez kilka godzin; jestto proszek ciemnoniebieski, bardzo higroskopijny, podobnie jak skrobia nierozpuszczalny, o smaku słodkawopapkowatym i słabej woni jodu. Jodoskrobia jest bardzo luźnem połączeniem, któremu już eter odejmuje jod i które rozkłada się w ciepłocie ciała zwierzęcego, na czem polega właśnie jego działanie przeciwgnilne.

Autor używał następujących przetworów z jodoskrobi: *a)* z a s y p k i, *b)* g a z y, którą sporządza się w ten sposób, że jodoskrobię mięsza się z mocnym wyskokiem w stósunku 1:4 i tą mięszaniną napawa wyjałowioną gazę hidrofilną tak, by 75 gramów jej wypadło na metr^2 gazy i suszy przez 15 minut. 4 do 16-krotna warstwa tej gazy i wyjałowiona poduszka z wełny drzewnej tworzą opatrzenie suche, *c)* m a ś c i z j o d o s k r o b i w stósunku 20% i lanoliny z wazeliną, *d)* plastru oczywiście ze względu na powinowactwo chemiczne ołowiu do jodu bez ołowiu a sporządzonego podług przepisu:

121) Rp. *Cerae flavae*
Terebinthinae venetae
aa partes aequales
Olei olivarum q. s. ut fiat
emplastrum molle,

do którego dodaje się 20% jodoskrobi. Plaster ten, który przed każdem użyciem należy świeżo zrobić, lepi się bardzo dobrze i nie drażni wcale, *e)* jodoskrobi z gliceryną.

Autor używał z dobrym skutkiem jodoskrobi w odpowiednich przetworach w zapaleniu ropnem ucha środkowego, łuszczycy na twarzy, wrzodach wenerycznych i uważa za jej zalety, że działa dzielniej niż jodoform, że jest bardzo higroskopijna, dziesięć razy tańsza niż jodoform, że ma woń łagodną, że mało zawiera jodu, zkąd nieprawdopodobieństwo zatrucia przy użyciu zewnętrznem i że nie drażni skóry.

Autor uprasza kolegów używających jodoskrobi o uwiadomienie o skutkach. (*Ueber ein neues Wundheilmittel.* St. Pölten 1894).

— T. P a s t e r n a c k i i N. K u l b i n (w Petersburgu): O u ż y c i u t e r a p e u t y c z n e m l o d u w o d b y t n i c y. Autorowie używają z pomyślnym skutkiem wprowadzania lodu do odbytnicy w rozmaitych jej cierpieniach, jak nadmiernych krwotokach żylnych, zapaleniu, osłabieniu zdziergacza (*sphincter*), w uporczywych biegunkach, wypadnięciu, owrzodzeniach i raku, wreszcie w zapadzie po środkach narkotycznych, jak makowcu, morfinie, chloroformie, wyskoku i t. p.

Kawałki lodu, wprowadzane do odbytnicy mają kształt stożkowaty a objętość od 20 do 30 cm.^{3} i topią się w ciągu 4 do 6 minut. Wprowadza ich się od 2 do 10 na dzień w miarę potrzeby.

Lód w odbytnicy, który w pierwszej chwili wywołuje wrażenie dosyć nieprzyjemne ściągania i kurczu zdziergacza,

tamuje krwotok, działa przeciwzapalnie i kojąco i jest bardzo dobrym środkiem paliatywnym przeciw rozmaitym bolesnym sensacyom w tej okolicy. U gorączkujących obniża nawet ciepłotę i poprawia ich stan podmiotowy. Sposobem odruchowym podnieca czynność serca i oddychanie, powiększa ciśnienie krwi w naczyniach i przez to działa dobrze w zapadzie. *(La semaine médicale* 3. Października 1894).

— E. Saalfeld: Arystol w oparzeniach. Zalecany przez Mosetiga-Moorhofa i Demmego do leczenia oparzeń arystol jest bardzo łagodnym środkiem przeciwgnilnym, nietrującym, który przyspiesza bez bólu rychłe zabliźnienie się. Używa się go w sposób następujący: po desinfekcyi miejsc oparzonych 2% rozczynem kwasu borowego i otwarciu pęcherzy, pokrywa się miejsca właściwe gazą arystolową a na nią daje wyjałowioną watę i papier gutaperkowy, które przytwierdza się stósowną opaską. Nie dobrze jest używać z samego zaraz początku arystolu do zasypywania miejsc oparzonych, ponieważ przez to przeszkadza się wessaniu wydzieliny przez opatrunek Dopiero gdy wydzielina zmniejszyła się lub ustała zupełnie, przyspiesza się bardzo znacznie wygojenie przez posypywanie proszkiem arystolowym lub użycie maści:

122) Rp. *Aristoli* *5·00—10·00*
Olei olivarum *20·00*
Solve, dein adde
Vaselini americani
Lanolini *aa 40·00*

— Ponieważ w Niemczech o wstrzykiwaniu sublimatu do żył sposobem Baccellego (por. Nr. 13. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.) jeszcze dosyć głucho, zasługuje na uwagę spostrzeżenie Lichtensteina w Lignicy, który w przypadku rozpoznanym na pewnej podstawie jako kiłak mózgu *(gumma cerebri)* użył z bardzo pomyślnym i rychłym skutkiem wstrzykiwań codziennie sublimatu do żył w ilości od 1 do 12 milgrm. Zgodnie z podaniem Baccellego już w minutę po wstrzyknięciu do żyły czuł chory smak metaliczny w ustach. (*Deutsche med. Wochenschrift* 4. Października 1894).

— Blondel podaje, że w celu uniknięcia nieprzyjemnych skutków ubocznych jodu a mianowicie nieżytu nosa, najlepiej zadawać po równych częściach z dwuwęglanem sodowym. *(La médecine moderne* 55. 1894).

— J. Carne Ross w Manchester przekonał się, że kora cynamonu cejlońskiego w dużych dawkach jest dobrym środkiem łagodzącym dolegliwości w raku różnych narządów. Przepis jest:

123) Rp. *Cort. cinnamomi de Ceylon* *350·00–450·00*
Aquae destil. *litras tres*
Coque ad remanentiam litrae unae et decantha sine filtratione.
S. Zakłóciwszy wyżyć w małych porcyach $^1/_2$ litra dziennie osobliwie po jedzeniu.

Leczenie to oddało dobre usługi w raku żołądka, sutka, języka, odbytnicy i macicy a polegało na zmniejszeniu bólów, zniesieniu przykrej woni nowotworu i poprawieniu stanu ogólnego. *(Les Nouveaux Remèdes* 24. Września 1894).

V. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Jeżeli gdzie, to u nas, w naszych stósunkach lekarskich przysłowie o trudnym początku, ma stałe a obszerne zastósowanie, jakkolwiek z nieco odmiennym odcieniem znaczenia. Okazuje się to najdobitniej we wszystkich sprawach ogólniejszego zakroju, których istnienie i rozwój opierać się musi na dobrej woli i wspólnem działaniu jednostek, nie jednorazowem, lecz stałem, trwającem latami bez przerwy. Nie trudno jest uzyskać aprobatę dla jakiejś pożytecznej inicyatywy a nawet zdobyć na razie u ogółu mniejszą lub większą na ten cel ofiarę pieniężną, trudniej już zmusić jednostki do punktualnego wywiązania się z przyjętych na się obowiązków względem tej sprawy czy instytucyi a już nader ciężkiem zadaniem jest utrzymanie tego poparcia ogółu w tych razach, kiedy winno ono polegać nie na peryodycznych składkach czy upłatach, które ostatecznie za pomocą wielokrotnych przypominań zwykle wydobyć można, lecz na dobrowolnym udziale osobistym, na tem chwilowem poświęceniu swojego *ja* dla celów ogólniejszych, słowem na podnioślejszem nieco pojmowaniu swego stósunku. Jest to rzeczą tak znaną, tak stale powtarzającą się u nas w odpowiednich okolicznościach życia, że przypominanie tego byłoby już wprost nudne.... gdyby nie budziło nieco niewesołych refleksyj.... Rzucona zostaje, naprzykład, myśl powołania do życia jakiejś instytucyi naukowej, mającej na celu wspólną pracę nad rozwojem której z gałęzi medycyny, przypuśćmy n. p. projekt corocznych Zjazdów chirurgicznych i zostaje przyjęta z uznaniem zarówno przez specyalistów jak i ogół lekarzy. Rzecz prosta, znajdują się natychmiast i pesymiści z zasady, opozycyoniści *quand même*, nie wierzący w nic podobnego, najmniej zaś we własne siły, przepowiadający najczarniejszą przyszłość projektowanym Zjazdom i niechybny ich upadek. Pomimo to, dzięki energicznej inicyatywie i dość licznemu poparciu, wchodzą one w życie i rozpoczynają snuć nić corocznego swego istnienia. Zgodnie z tradycyami i naturą naszą pierwszy Zjazd wypada bardzo pięknie, w następnych latach już mniej licznie, aczkolwiek jeszcze dość dobrze, następnie coraz słabiej, słabiej....

Według prostej arytmetyki ekonomicznej instytucya, nie mająca dostatecznego oparcia w liczbie swych członków nie odpowiada widocznie ich potrzebom i co zatem idzie, nie ma racyi bytu. Czy słuszna ta zasada ma być zastósowana i do naszych Zjazdów? Bynajmniej. Jeżeli zapytamy się w tej sprawie któregokolwiek z tych „nieobecnych“ chirurgów polskich, wyrazi on zdanie wprost przeciwne, z głębokiem przekonaniem zapewniać będzie o pożytku i konieczności tych Zjazdów, tylko że.... w ciągu ostatnich kilku lat „nie mógł“ się na nie wybrać. Na czem zaś polegała ta „niemożebność“, o tem dużo by dało się powiedzieć, najczęstszą zaś jej podstawę stanowi, mówmy otwarcie, apatya, chwytająca się najdrobniejszych trudności i przeciwieństw zewnętrznych na razie, aby wytłómaczyć niemi tę dziwną w sprawach ogólniejszych ociężałość. I w tem zdaje się tkwi punkt ciężkości sprawy, dlaczego po roku lub paru latach tłustych następuje szereg lat chudych, coraz chudszych, dlaczego to, co ma wszelkie warunki żywotności w naszem społeczeństwie lekarskiem, rozwijać się musi tak mozolnie i powoli.... I trzeba tu znacznej dozy wytrwałości i energii, aby nie zrażając się niczem, rzecz rozpoczętą prowadzić dalej w tem słusznem przekonaniu, że chociaż powoli, utrwalić się ona musi — i utrwali. To też na tem baczniejszą uwagę zasługują losy drugiej, starszej instytucyi — ogólnych Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, które w roku bieżącym obejrzeć się mogły już na 25-lecie przebytej, moralnej drogi swego istnienia. Powyżej przedstawiliśmy kolejne okresy tego rozwoju w postaci sześciu Zjazdów poprzednich, które

poczynając od roku 1869. odbywały się w kilkoletnich odstępach czasu w Krakowie, Lwowie i Poznaniu. Ubiegły ćwierćwiekowy okres czasu stanowić będzie zawsze w historyi medycyny świetną kartę, tworzącą epokę w rozwoju wielu z jej gałęzi. W tej wielkiej skarbnicy wiedzy Zjazdy nasze czerpały zawsze pełną dłonią, odbijając w sobie wszystkie wybitniejsze idee, wszystkie nowsze zwroty w postępie badań przyrodniczo-lekarskich, do których częstokroć i swoją własną dorzucały cegiełkę. W ten sposób wzbogacały się one i doskonaliły zarówno formą jak i treścią, stopniowo wywalczając sobie coraz większe zainteresowanie i uznanie w społeczeństwie. Dziś po 25-ciu latach stanęły one na gruncie dość pewnym, lecz w skutek niepomyślnych okoliczności zewnętrznych a niestety i tych wewnętrznych, o których mówiliśmy wyżej, pomimo pięknych częstokroć pozorów, przedstawiają one podobieństwo do wątłego dziecka, potrzebującego ciągle jeszcze opieki troskliwych piastunek. Czem więcej ogół naszych lekarzy odczuwać będzie potrzebę wspólnej pracy i korzyści, płynące ztąd dla naszej nauki, co już dawno zrozumiano i oceniono w innych krajach Europy, czem silniej przejmie się poczuciem obowiązku przyczynienia się osobistego do wspólnego celu, tem prędzej zniknie owa niedokrewność dzisiejsza naszych Zjazdów, tem łatwiejsze będzie ich urządzanie, tem pomyślniejszy wynik.

Zjazd tegoroczny lekarzy i przyrodników polskich, odbyty we Lwowie, wśród niezwykłych a pomyślnych przebiegał okoliczności. Z jednej strony 25-letnia rocznica istnienia Zjazdów, z drugiej, powszechna wystawa krajowa, sama przez się stanowiąca ogromną siłę przyciągającą, zdawało się, że wróżą mu powodzenie zupełne, przewyższające dawniejsze Zjazdy. A jednakże nie odpowiedział on w zupełności tym nadziejom, wywołując u wielu uczestników uczucie zawodu. Nieudałym stanowczo nazwać go nie można wbrew niektórym ultrapesymistycznym głosom; przeciwnie mnogość komunikatów naukowych i ożywione dyskusye w niektórych sekcyach, nadto urozmaicona strona towarzyska Zjazdu przemawiały, jak nie można lepiej, na jego korzyść. Były niewątpliwie pewne usterki i wady, które przy dobrych chęciach można było usunąć, lecz te spotykają się wszędzie i o wartości Zjazdu decydować nie mogą.

Powodzenie Zjazdu zależy od 2 czynników: 1) ogółu lekarzy, dla którego Zjazd się przygotowuje, 2) od tej garstki lekarzy miejscowych, którzy się tem przygotowaniem zajmują, czyli t. zw. Komitetu zjazdowego. Jeżeli więc Zjazd lwowski nie wypadł tak, jak wypaść mógł, to winni są zarówno jedni, jak i drudzy, z tą różnicą, że wina pierwszych o wiele większa, niż drugich.

Grzechem Komitetu jest, że za późno wziął się do pracy i za mało o tych przygotowaniach zawiadamiał ogół; znając zaś naturę współbraci ze wszystkich ziem polskich i nauczony doświadczeniem przeszłych Zjazdów, winien był na rok przynajmniej przed Zjazdem zacząć o nim pisać i na wszystkie strony niepokoić ludzi zaproszeniami i przypomnieniami, dawać tematy, narzucać referaty i t. d. Że tego nie zrobił w swoim czasie, tego potem nie można było wynagrodzić nawet bardzo energiczną i godną uznania czynnością. Wysłanie delegatów do różnych miast było rzeczą nader dobrą, ale nie w miesiącu Czerwcu, kiedy można było namówić na wyjazd tych chyba tylko, którzy sami już byli na to zdecydowani.

Niestety ci, t. j. Komitet, nie są jeszcze najwinniejsi! Przedewszystkiem naturalnym rzeczy porządkiem uczestnikami Zjazdu są ci lekarze, którzy mieszkają w mieście będącem miejscem Zjazdu, którym przeto jako gospodarzom winno leżeć na sercu jego powodzenie. Przed czterema laty na X-tym Zjeździe międzynarodowym w Berlinie obok 1750 lekarzy przybyłych z całego Państwa niemieckiego było 1166 członków z samege Berlina, stanowili więc oni $^2/_5$ ogólnej liczby wszystkich lekarzy niemieckich. Podobnie było w tym roku w Rzymie, tak wreszcie bywa wszędzie, lecz niezupełnie tak było we Lwowie. Zresztą pod tym względem rachunek sumienia wypadłby, zdaje się nienajlepiej, u wielu z pomiędzy nas z różnych części naszego kraju.

Obliczmy tak z ręką na sercu, ilu z nas mogło było pojechać i powinno by a nie pojechało poprostu z niedbalstwa! Nie żądajmy tego od starszych profesorów, którzy brali już w wielu Zjazdach udział i zasługi swe tu położyli, dajmy pokój starym praktykom, którzy porzuciwszy praktykę używają zasłużonego spokoju, wybaczmy nawet jeszcze tym młodym kolegom, którzy przez pierwszych lat parę po skończeniu z trudnością starają się utrzymać na ślizkich falach praktyki i liczyć się muszą z każdym wydanym groszem, to i tak zostanie nas tylu, że po odrzuceniu tych, którzy na p r a w d ę nie mogli porzucić swych obowiązków z tej czy innej przyczyny, utworzymy bardzo liczny zastęp, mogący zapewnić Zjazdowi najświetniejsze powodzenie. A na to potrzeba jednej tylko dobrej woli!

Zjazd lwowski, rozpoczęty 23. Lipca w poniedziałek uroczystem posiedzeniem inauguracyjnem w sali koncertowej na wystawie, trwał dni 3 i zakończony został drugiem posiedzeniem ogólnem dnia 26. Posiedzenia sekcyjne odbywały się w poniedziałek po południu, we wtorek i środę przed i po południu; miejscem obrad było gimnazyum Franciszka Józefa i szkoła realna. Przebieg obydwóch posiedzeń ogólnych podany był wraz ze szczegółowem wymienieniem wszystkich nazwisk w numerze 30-tym *Przeglądu lek.* na str. 442, tam więc odsyłamy czytelnika.

Ogólna liczba uczestników Zjazdu wynosiła koło 450, którzy utworzyli 13 sekcyj: 1. medycyny teoretycznej, 2. higieny i medycyny sądowej, 3. medycyny wewnętrznej, 4. chirurgii, 5. ginekologii i położnictwa, 6. chorób ocznych, 7. chorób wenerycznych i skórnych, 8. weterynaryi, 9, chemii i farmacyi, 10. matematyki i fizyki, 11. geografii i geologii, 13. botaniki. Wszystkich odczytów zapowiedziano 227; część ich odpadła w skutek nieprzybycia prelegentów. Do najbardziej ożywionych należały posiedzenia sekcyj chirurgicznej i ginekologicznej.

Oprócz strony naukowej Zjazdu wspomnieć należy i o towarzyskiej, którą Komitet starał się jaknajbardziej urozmaicać i uprzyjemniać. Każdy z trzech wieczorów dni zjazdowych wypełniony był jakąś wspólną zabawą: w poniedziałek — przedstawienie w teatrze, we wtorek — przyjęcie na wystawie, we środę — bankiet pożegnalny w hali muzycznej, zakończony toastami. Następnego dnia rano odbyło się drugie i ostatnie posiedzenie ogólne, na którem ogólną aprobatą i przeciągłym oklaskiem przyjęto telegram prof. Wicherkiewicza z Poznania, zapraszający do stolicy wielkopolskiej VIII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w r. 1897.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 11. Października 1894 r.

— Znany na całej niewątpliwie kuli ziemskiej, Józef Lister złożył w końcu ubiegłego roku szkolnego swoją posadę profesorską i szpitalną i cofnął się całkiem w życie prywatne. Przy tej sposobności powstała myśl uczczenia jego zasług i w tym celu potworzyły się osobne komitety w Londynie, Glasgowie i Edymburgu.

— Do znanych nerwic roboczych u piszących, telegrafistów, tancerek i t. d. przybywa teraz podobna nerwica u robiących papierosy; znana już od niejakiego czasu między robotnicami wielkiej fabryki papierosów w Sewilli w Hiszpanii, pojawiła się ona teraz we Francyi od czasu, gdy rząd pozwolił na ręczne wyrabianie papierosów. Objawy tej choroby podobne są jak i w innych nerwicach roboczych a cechują się mocnymi bólami w stawach ręki tak, iż nieraz chore nie mogą zbliżyć palca wielkiego do wskazującego.

— W dniu 30. Września r. b. odsłonięto uroczyście w małej mieścinie Bruyères w Wogezach we Francyi pomnik postawiony Villeminowi, który pracą swą przedstawioną 3. Grudnia 1865. pod tytułem: *Les causes et la nature de la tuberculose* paryskiej akademii lekarskiej rzucił pierwszy światło na istotę i patogenezę gruźlicy i dowiodłszy, że ją można przeszczepić, przygotował, rzec można, odkrycie lasecznika gruźliczego przez Kocha.

— Wybuchła tymi czasy w pewnej miejscowości w stanie nowojorskim między osobami zatrudnionemi w fabryce serów błonica, skłoniła miejscową komisyę sanitarną do zamknięcia fabryki i zbadania bakteryologicznego serów wyrabianych od ukazania się choroby. Badanie to wykazało w serze lasecznik Loefflerowski.

— Dzienniki angielskie donoszą, że w skutek wojny chińsko-japońskiej cena makowca podniosła się o 30%; wpłynie to zapewne i na cenę przetworów z niego.

— Do warszawskiego zakładu leczenia zboczeń mowy, zostającego pod sterem Dra Władysława Ołtuszewskiego, zgłosiło się od Lipca r. 1892. do Lipca r. 1893. osób 61 z jąkaniem się, 2 z trzepotaniem, 12 z bełkotaniem, 3 z mową nosową, 13 z niemotą. Z 61 przypadków jąkania się przebyło cały kurs leczniczy 23 osób, z których 21 wyzdrowiało zupełnie a 2 doznało znacznej poprawy. 8 leczących się na bełkotanie i mowę nosową, poprawiło się znacznie. Uderzają pomyślne wyniki terapeutyczne w jednym przypadku niemoty organicznej u dorosłego i niemoty czynnościowej u dzieci, które słyszą i mowę rozumieją a mimo to nie mówią. Niemoty tego rodzaju, uważane dotychczas za nieuleczne, znakomicie rozszerzają zakres terapii zboczeń mowy.

— W uniwersytecie kijowskim utworzono premium Dra Podwysockiego w kwocie 300 rubli co trzy lata udzielać się mających za najlepszą pracę z dziedziny patologii doświadczalnej w związku z farmakologią.

— Międzynarodowy kongres higieniczny w Budapeszcie na początku z. m. odbyty kosztował ogółem 93.000 złr. a ponieważ miasto ofiarowało nań 105.000 złr., członkowie zaś złożyli razem 24.530 złr., przeto nie wydano nawet całej subwencyi miasta Budapesztu.

— Zmarły niedawno w Paryżu lekarz niemiecki, Dr. Henryk Lippert zapisał berlińskiemu wydziałowi lekarskiemu 18.500 marek, przeznaczając procent od nich na nagrodę co trzy lata — poraz pierwszy w Styczniu 1896. — w kwocie 1800 marek udzielać się mającą za najlepszą pracę z dziedziny medycyny praktycznej. O nagrodę ubiegać się mogą lekarze i słuchacze medycyny w Niemczech i w Austryi.

Redakcya otrzymała:

W. Biegański: Leukocytose bei der croupösen Pneumonie. (Odbitka z *Deutsches Archiv für klin. Medicin*).

W. Skowroński: Wrzód okrągły pochwy (wrzód żrący Clarka) u osoby żyjącej postrzegany. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

O. Bujwid: Pięć odczytów o bakteryach. Wydanie drugie. Kraków i Warszawa 1894.

J. Jaworski: Moczówka cukrowa u półtorarocznego dziecka. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

W. Ołtuszewski: Przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. (Odbitka z *Medycyny*).

Tenże: Fizyologia dźwięków alfabetu polskiego.

Tenże: Psychofizyologia mowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 20. Października 1894 r. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w *Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 160 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w jelitach.

Podał

Doc. Dr. Rudolf Trzebicky.

Losy połkniętych ciał obcych bywają bardzo różne i zależą zazwyczaj, choć nie zawsze, od ich własności chemicznych i fizycznych. Nie można jednakże na ich podstawie nigdy z góry przewidzieć stanowczo, jaki będzie dalszy przebieg choroby po połknięciu czy to przypadkowem czy też rozmyślnem ciała obcego, gdyż w piśmiennictwie[1]) znanych jest dużo przypadków, w których przedmioty długie i ostre, n. p. noże, szpady i t. p. bez trudności przechodziły przez cały przewód pokarmowy, albo też w nim pozostały bez reakcyi, gdy czasami przedmioty o wiele mniejsze wywołują ciężkie objawy miejscowe i ogólne i nieraz wymagają poważnego zabiegu operacyjnego celem ratowania życia. Jeżeli przedmiot połknięty w ogóle ma odejść drogą prawidłową, dzieje się to zazwyczaj, jak poucza doświadczenie codzienne, bardzo rychło. Za pomocą doświadczeń badał tę kwestyę Giov. Zoja[2]) na 10 psach i kotach, którym wprowadził do przełyku w ogóle razem 129 igieł długich na 5·35 mm. już to po jednej, już też po kilka naraz, niektóre z nich ostrym końcem naprzód. Najwięcej igieł odeszło z kałem bez żadnych znaczniejszych objawów w 4—140 godzinach przeważnie między 20 a 48 godzinami). U niektórych wcześniej zabitych zwierząt znajdowano igły w jelicie grubem wśród gęstego pokładu śluzu. Przypadki podobne do opisanych przez M. Ewena[3]) i Rosenblatta[4]), z których w pierwszym dziecko połknięty nóż po 3 miesiącach oddało ze stolcem a w drugim cent połknięty znaleziono po $7^1/_2$ miesiącach w stolcu, należą już do rzadkich; przypadki zaś, w których przedmioty połknięte przez długie lata w ustroju ludzkim pozostają a dopiero potem wywołują pewne objawy, należą do największych osobliwości.

Podobny przypadek, który w piśmiennictwie należy prawie do unikatów, obserwowałem przed niespełna rokiem u matki jednego z kolegów. Według stanowczego i wiarogodnego podania chorej, osoby nader inteligentnej, ciało obce przebywało przez 17 lat w przewodzie pokarmowym, nie wywołując zgoła żadnych dolegliwości, dopiero po upływie tego czasu rozwinął się nagle bez wiadomej przyczyny w powłokach brzusznych ropień kałowy a po samodzielnem otwarciu się jego usunięto przez powstałą przetokę jelitową ciało obce.

Historya choroby jest w krótkości następująca:

Pani K., osoba 67-letnia przypomina sobie całkiem dokładnie, że przed 17 laty połknęła przypadkowo podczas obiadu kostkę, nie doznawszy prócz chwilowego bólu w przełyku żadnych późniejszych przypadłości. Pacyentka, która zawsze o siebie bywała nader troskliwą, podaje stanowczo, że dotąd nie dostrzegła, by kość odeszła. Przed 10-ciu laty utraciła ostatnie zęby i od tego czasu jadała tylko drobno posiekane mięso i płyny, dopóki sobie przed bardzo niedawnym czasem nie sprawiła sztucznych zębów. Oprócz chwilowego zaparcia stolca połączonego z bólami zawsze czuła się zdrową.

16. Września 1893 r. nagle bez znanej przyczyny zachorowała wśród gwałtownych objawów ostrego zapalenia otrzewny: dreszcze, ciepłota 40^0, tętno 120, słabe, wymioty, zaparcie stolca, obolałość całego brzucha, zwłaszcza zaś połowy jego lewej.

Następnego dnia objawy ogólne pozostały te same, tylko że bolesność brzucha ograniczyła się do miejsca wielkości dłoni na lewo od pępka, na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. Skóra w tem miejscu była mocno zaczerwieniona a badanie wykazało w głębi twardy naciek. Po trzech dalszych dniach utworzył się w tem miejscu ropień kałowy a skóra w obszarze 25 cm.^{2} uległa zgorzeli. Z pod obumarłego strupa sączyła się obficie płynna treść jelitowa, koloru zielonej trawy i cuchnąca ropa. Z chwilą, gdy ropa poczęła odpływać na zewnątrz, ciepłota spadła do prawidłowej. Pomimo powstałej przetoki jelitowej stolce odchodziły i drogą zwyczajną.

[1]) Cały szereg nader zajmujących przypadków znajduje się w Archiv f. klin. Chirurgie. T. VIII. str. 612 i nast.

[2]) Ref. w Jahresbericht za 1868. II. str. 141.

[3]) Ref. w Centralblatt f. Chirurgie. 1876. str. 176.

[4]) Przyczynek do przebywania ciał obcych w jelicie. Przegląd lekarski. 1892. str. 272.

Po usunięciu obumarłej skóry dostrzeżono w 10. dniu choroby w głębi otwór wielkości bobu, prowadzący do przyrosłego jelita cienkiego. W otworze tym sterczało prostopadle do osi jelita obce ciało, które za pomocą szczypczyków z łatwością dało się wyjąć Pokazało się, że była to blaszka kostna, kształtu eliptycznego, na 4 cm. długa, w miejscu najszerszem 1 cm. mająca. Kość ta była od treści jelita tak mocno zabarwioną na brudno-zielono, że mimo długiego macerowania w wodzie przekroplonej barwy tej nie utraciła. Zresztą wyglądała kość ta zupełnie prawidłowo; była tylko nader krucha tak, że przy każdem silniejszem ujęciu odpadały z niej drobne kawałeczki. Wejrzeniem i kształtem przypominała najbardziej mostek z drobiu.

Po wyjęciu kostki jelito zlepiło się rychło i rana zagoiła się w powłokach brzusznych. Od tego czasu pacyentka cieszy się zupełnem zdrowiem.

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Ogólny charakter, cechy i stopień objawów kiły dziedzicznej pozostają zwykle w pewnej prawidłowej zależności od wieku, okresu i stopnia rozwoju kiły rodziców; na wymienioną okoliczność zwracali już dawniej uwagę Diday[1]) i Röger[2]), najdokładniej jednak rozpatrzył tę kwestyę Kassowitz[3]), który w długim szeregu 119 przypadków kiły dziedzicznej wykazał prawidłowe stopniowanie objawów kiły potomstwa w stósunku do wieku i stopnia choroby rodziców. Z przytoczonych przez niego spostrzeżeń najwięcej przekonywające w tej mierze tyczyły się matek kiłowych, które w ciągu kilku lat po zakażeniu wydawały na świat potomstwo coraz mniej dotknięte chorobą. Za przykład służyć może następny przypadek: pewna matka nabyła w roku 1863. kiły po wydaniu na świat zdrowego dziecka; w roku 1865. poroniła w 7-mym miesiącu ciąży nieżywe dziecko; w następnym roku nastąpiło też poronienie w 7-mym miesiącu ciąży, dziecię jednak żyło przez 5 godzin po przyjściu na świat. W końcu 1867. roku urodziła donoszone, lecz nieżywe dziecię, w roku zaś 1869. wydała na świat pozornie zdrowego chłopca, u którego jednak po upływie kilku tygodni wystąpiły objawy kiłowe na skórze i błonach śluzowych; wymienione dziecię zmarło w 4-ry miesiące później. W 1870. roku urodziło się dziecko zdrowe, które wszakże po upływie 6-ciu tygodni zapadło na osutkę kiłową; pojawił się później nawrót kiły, który ustąpił po właściwem leczeniu. W 1874. roku a więc po upływie 9-ciu lat od chwili zakażenia się matki kiłą, wydała ona na świat zdrowe i wolne od wszelkich objawów kiły dziecię. W niektórych wprawdzie przypadkach można dostrzedz pewną nieprawidłowość w odziedziczaniu kiły, która wyraża się w ten sposób, iż po przyjściu na świat dzieci mniej dotkniętych kiłą następuje poród bardziej zakażonego potomstwa lub pomiędzy dwoma porodami dzieci kiłowych, rodzi się zdrowe i niezakażone. O przyczynach takiej nieprawidłowości mówiliśmy już poprzednio, tu zaś nadmienimy, iż oprócz wpływu leczenia rodziców na poród dzieci więcej lub mniej zakażonych należy niekiedy upatrywać przyczynę takiej nieprawidłowości w tej okoliczności, iż u matki nawroty choroby przeplatane bywają chwilowemi przerwami, podczas których jajko może jakiś czas być mniej zakażonem lub nawet zupełnie zdrowem. W rzadkich przypadkach nie dostrzega się wcale żadnego stopniowania w kile potomstwa, jednak prawie nigdy nie napotykamy przypadku, w którymby kiła dziedziczna wzmagała się z każdym porodem; Mandon zaś twierdzi przeciwnie, iż dzieci spłodzone przez rodziców dotkniętych świeżą kiłą przedstawiają mniej wybitne i powierzchowne zmiany kiłowe, późniejsze zaś potomstwo, zrodzone z rodziców znajdujących się w okresie późniejszym kiły, jakoby było więcej zakażonem; zdaniem też Hutchinsona, jak o tem już wzmiankowaliśmy wyżej, późniejsze dzieci są zwykle więcej zakażone od poprzednich, spłodzonych w początkowym okresie kiły matki. Twierdzeniu Mandona i Hutchinsona przeczą liczne spostrzeżenia, zebrane przez wszystkich innych autorów i wobec dzisiejszego stanu naszej wiedzy o kile dziedzicznej, prawo stopniowego wygasania i słabnienia kiły u potomstwa pochodzącego od kiłowych rodziców uznać trzeba za należycie uzasadnione.

Blaise[1]) dzieli na trzy peryody cały czas, w którym kiła rodziców zdolną jest do przekazywania się dziedzicznego potomstwu; długość wymienionych peryodów nie jest jednakową w rozmaitych przypadkach i pozostaje zwykle w pewnej zależności od charakteru i przebiegu kiły rodziców. Pierwszy peryod cechuje się kilkakrotnie powtarzającemi się poronieniami nieżywego płodu i trwa zwykle podczas świeżych, drugorzędnych objawów kiły rodziców; w drugim peryodzie przychodzą na świat donoszone dzieci, dotknięte wybitnemi zmianami kiłowemi; kiła rodziców wtedy znajduje się zwykle w końcu drugorzędnego okresu; w trzecim zaś peryodzie, gdy kiła rodziców wstąpiła już w okres późnych, trzeciorzędnych objawów, rodzi się wreszcie zdrowe i wolne od kiły potomstwo.

Rozpatrując rozmaite okoliczności wpływające na dziedziczenie kiły, napotykamy jeszcze jednę kwestyę, która ma ważne znaczenie ze względu na rokowanie; powstaje mianowicie pytanie, czy łagodna kiła rodziców (*syphilis benigna*), pozwala na pomyślniejsze rokowanie względem odziedziczania kiły i czy złośliwy przebieg kiły ojca i matki wywołuje następnie poważne i wybitne zmiany kiłowe u potomstwa? Za najlepszą odpowiedź na to pytanie służyć może zdanie wypowiedziane przez Fourniera[2]), doświadczeniu którego najzupełniej zaufać możemy; utrzymuje on, iż w niektórych przypadkach dostrzega się wprawdzie bezpośredni stósunek pomiędzy złośliwością przebiegu kiły rodziców a stopniem kiły potomstwa, w przeważnej jednak liczbie przypadków brakuje wcale tej zależności i bardzo często wydarza się, iż rodzice dotknięci złośliwą kiłą płodzą potomstwo, u którego kiła przebiega dość łagodnie, oraz napotykają się przypadki, w których łagodna kiła rodziców przekazuje się dzieciom w postaci złośliwej.

Pozostają nam jeszcze dwie kwestye do rozpatrzenia; jedna z nich tyczy się sposobu odziedziczania i objawiania

[1]) l. c. str. 228—230.
[2]) L'Union médicale. 1865. 10—19.
[3]) l. c. str. 102—107.

[1] l. c. str. 78.
[2]) Bulletin médical. 1889. 52. str. 821.

się kiły u bliźniąt, druga zaś przekazywania się dziedzicznego kiły trzeciemu pokoleniu, t. j. udzielania się choroby wnukom.

Niejednokrotne spostrzeżenia stwierdziły, iż kiła rodziców przekazując się bliźniętom, objawia się u nich zwykle w niejednakowym stopniu a nawet niekiedy wydarzały się przypadki, w których z dwojga bliźniąt spłodzonych przez rodziców kiłowych, jedno przedstawiało wybitne zmiany swoiste, drugie zaś było zdrowem i zupełnie od kiły wolnem; podobne przypadki spostrzegali i opisali: Lucinsky[1]), Puzin[2]), Hutchinson[3]) Cauty[4]), Diday[5]) i Buhe[6]); przypadki zaś, w których kiła bliźniąt objawiała się w rozmaitym stopniu u każdego z nich, ogłosili Campbell[7]), Clemens[8]), Price[9]), Caspary[10]), Heim[11]) i Müller[12]). Wobec niedokładnych wiadomości o samej istocie dziedziczenia kiły oraz szczuple nagromadzonych w tej mierze spostrzeżeń, nie możemy dokładnie wyjaśnić podobnego zjawiska; zapisać tu jednak wypada, iż przytoczone spostrzeżenia stanowczo przemawiają przeciw łożyskowemu zakażeniu się płodu kiłą od matki, gdyż wtedy niemożliwym byłby niejednakowy stopień zakażenia się u dwojga bliźniąt, znajdujących się podczas ciąży w najzupełniej jednakowej zależności od ustroju matki; oboje bowiem w przeciągu 9 miesięcy odżywiają się jednakowo i otrzymują z jednego źródła pokarm a więc zatrucie ustroju powinno być u nich jednakowe. Prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, iż bliźnięta w tego rodzaju przypadkach powstały z dwóch komórek nasiennych, które były niejednakowo zakażone, lub też jedna komórka była zdrową i wolną od przymieszki przyrzutu kiłowego, druga zaś była zakażoną.

Niektórzy autorowie, zadając sobie ważne pytanie, jaki wpływ może wywrzeć kiła rodziców na zdrowie dalszych pokoleń, przypuszczali, iż ojciec lub matka, którzy w dzieciństwie przebywali kiłę dziedziczną, mogą przekazać swą chorobę dzieciom. W ten sposób więc powstała kwestya odziedziczania kiły w trzeciem pokoleniu; wszakże liczba spostrzeżeń w tej mierze bardzo jest szczupłą. Pomijamy tu przypadki Atkinsona[13]) i Keyesa[14]), gdyż sami autorowie uznali je później za wątpliwe[15]).

Najdawniejszy przypadek Hutchinsona[16]) tyczył się młodej kobiety, cierpiącej na śródmiąższowe zapalenie rogówki *(keratitis interstitialis)*, obok tego zęby jej przedstawiały zmiany właściwe późnej kile dziedzicznej; urodzone przez nią dziecię wkrótce po przyjściu na świat zapadło na drugorzędne objawy kiłowe. Opierając się na wskazówkach udzielonych autorowi przez ojca, który twierdził, iż nigdy kiły nie przebywał, sądził Hutchinson, iż w przypadku

[1]) Journal f. Kinderkrankheiten. 1859. XXXV. str. 285.
[2]) Gazette médicale d' Algier. 1862. 6.
[3]) British medical Journal 1868. March 2.
[4]) Journal of cutan. medicine. 1870. September.
[5]) Bulletin médical 1889. 54. str. 854.
[6]) Archiv f. Dermatol. und Syphilis. 1891. 2. str. 342.
[7]) Edinb. medical Journal. 1844. str. 515.
[8]) Deutsche Klinik. 1853. 14.
[9]) Abstract of medical science str. 280.
[10]) Berliner klin. Wochenschrift. 1875. 13. 14.
[11]) Bericht d. St. Josefkinderspitales pro 1884.
[12]) Lehre von der hereditären Syphilis. Inaug. Dissert. Breslau. 1888.
[13]) Archiv f. Dermatol. 1877. January str. 106.
[14]) The venereal diseases. N. Jork 1880. str. 73.
[15]) Journal of cutan. diseases. 1889. 9. str. 331.
[16]) London Hosp. Rep. 1865. II. str. 153.

tym kiła przeszła na trzecie pokolenie oraz, że matka dziecięcia, odziedziczywszy od swoich rodziców kiłę, przekazała ją w spadku swemu dziecięciu.

W przypadku Simona[1]) pewna dama, której ojciec przebywał niegdyś kiłę dziedziczną, wydała na świat dziecię kiłowe. Przypadek Collina[2]) tyczył się zamężnej kobiety, która poroniła pierwsze dziecię, następnie wydała na świat kolejno córkę i trzech chłopców; z tych dwoje młodszych było zdrowych i nie wykazywało żadnych oznak kiły; najstarszy zaś chłopiec w 9-tym roku życia zaczął zapadać na rozmaite osutki skórne i nieżyty błon śluzowych, obok tego dostrzeżono u niego objawy głębokiego zajęcia płuc. Po zastosowaniu środków przeciwkiłowych zdrowie chłopca polepszyło się znacznie. Autor przyszedł do wniosku, iż kiła chłopca musiała pochodzić od dziadka, który przekazał kiłę córce, ta zaś udzieliła choroby swemu dziecku. Wymieniony przypadek już z tego powodu wydaje się wątpliwym, że o zdrowiu ojca dziecka kiłowego brakowało wcale wiadomości; nie możemy więc tu wyłączyć ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej; wobec zaś tej okoliczności, iż starsza córka i dwoje najmłodszych dzieci były wolne od zakażenia kiłowego, wypada przypuścić, iż chłopiec kiłowy otrzymał chorobę w spadku po nieznanym (nieprawym?) ojcu, pozostałe zaś dzieci zostały spłodzone przez zdrowego ojca prawego.

Przypadek Dezanneau[3]) tyczył się młodego żołnierza, który dwukrotnie chorował na porażenie połowicze (*hemiplegia*), wyleczone za każdym razem wcieraniami szaruchy i jodkiem potasowym; ojciec wymienionego chorego cierpiał w 14-tym roku życia na porażenie dolnych kończyn i uporczywe bóle głowy. Pomimo braku wiadomości o stanie zdrowia dziadka i babki, oraz nie wziąwszy pod uwagę wątpliwości co do kiłowej natury choroby ojca, twierdzi Dezanneau, iż choroba żołnierza była kiłą odziedziczoną od dziada lub babki.

W przypadku Kinga[4]) rodzice, którzy nigdy przedtem nie przebywali kiły, spłodzili dwoje bliźniąt, dotkniętych wkrótce po urodzeniu wybitnymi objawami kiły na skórze i błonach śluzowych; matka karmiąc swe bliźnięta, dostała od nich wkrótce stwardniałego wrzodu, który usadowił się na brodawce piersiowej, następnie zaś wystąpiły u niej ogólne zmiany kiłowe a że z wywiadów wypadło, iż babka bliźniąt ze strony matki kilkakrotnie poroniła, powziął King podejrzenie, że choroba bliźniąt pochodzić musiała od owej babki. Takiemu przypuszczeniu sprzeciwia się już zarażenie się matki od bliźniąt; gdyby bowiem matka pośredniczyła w sprawie przekazania kiły od babki, musiałaby być odporną względem choroby własnych dzieci.

W przypadku Cezara Boecka[5]) matka wnet po urodzeniu dwojga zdrowych i niekiłowych dzieci spłodziła trzecie z wyraźnemi objawami kiły dziedzicznej, mąż zaś jej nie przebywał wcale kiły; matka więc, zdaniem autora, musiała odziedziczyć kiłę od swych rodziców i następnie przekazała ją swemu trzeciemu dziecięciu. Dlaczegoż jednak dwoje starszych dzieci nie uległo zakażeniu? Najprawdopo-

[1]) Transact. London pathol. Society. 1876. str. 421.
[2]) Dict. encyclop. des sciences médicales. Paris 1884. CXLII.
[3]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888. I. str. 598.
[4]) Journal of cutan. diseases. 1889. 9. str. 328—332.
[5]) Annales de dermatol. et de syphil. 1889. 10. str. 782.

dobniejszem wydaje się tu przypuszczenie, iż matka nie była wcale kiłową przed spłodzeniem trzeciego dziecka, którego zresztą choroba mogła pochodzić od nieprawego kiłowego ojca.

Hochsinger[1]) ogłosił przypadek tyczący się 21-letniej kobiety, która przebyła w dzieciństwie kiłę dziedziczną; urodziła ona dziecię z objawami kiły. I w wymienionym przypadku kiła dziecka mogła pochodzić nie od matki, lecz od ojca, o którym nie znajdujemy żadnej wzmianki w opisie przypadku.

Rozpatrzywszy się w wymienionych wyżej przypadkach, mających dowieść przekazywania się kiły dziedzicznej trzeciemu pokoleniu, musimy przyjść do wniosku, iż żaden z nich nie jest wolnym od poważnych zarzutów a wszystkie są wątpliwe, nieprzekonywające. Z teoretycznej też strony wypada zaprzeczyć wcale możliwości odziedziczania kiły przez wnuków choćby z tego względu, że okres zakaźny kiły, podczas którego choroba może przechodzić na potomstwo, nie może trwać tak długo, jak to przypuszczać muszą zwolennicy teoryi odziedziczania kiły w trzeciem pokoleniu. W przytoczonych wyżej przypadkach kiła dziedziczna po upływie 18 do 25 lat przekazywać się miała dzieciom. Najsłuszniejszem jest przypuszczenie, iż w wymienionych przypadkach kiła wnucząt musiała pochodzić nie od dziadka lub babki, lecz od ojca.

(Ciąg dalszy nastąpi).

¹) Kaposi: Pathol. und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1891. str. 387.

III. Z kliniki ginekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

W sprawie płodności kobiet mających włókniaki macicy.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
I-szy asystent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Zobaczmy teraz, jak się zachowuje płodność, jeżeli oddzielimy kobiety, mające włókniaki podśluzowe od osób dotkniętych włókniakami ściennymi i podsurowiczymi. A powinniśmy to uczynić, bo już z góry musimy przypuszczać, że osoby cierpiące na włókniaki podśluzowe szyi czy trzonu muszą być częściej niepłodne, niż osoby należące do drugiej grupy. Przecież wiemy, że właśnie włókniaki podśluzowe w najwyższym stopniu utrudniają zapłodnienie i czynią je najczęściej wprost niemożliwem tak, że niemal wszystkie znane przypadki powikłania ciąży włókniakami z wyjątkiem kilku Felsenreicha[2]), Mayo Robsona[3]) i t. p. tyczyły się włókniaków ściennych i podsurowiczych. Tymczasem zobaczymy i wyczytamy z cyfr statystycznych, że jest wprost przeciwnie.

Z naszych 193 kobiet u 63 były włókniaki podśluzowe, u 130 podsurowicze i ścienne. (Łączę tu podsurowicze ze ściennymi dlatego, że cyfry, które otrzymałem dla każdej z tych grup z osobna, są najzupełniej równe) 63 kobiety z włókniakami podśluzowymi urodziły razem 293 dzieci, to jest jedna 4·6. Ale między niemi było 9 niepłodnych (14%); więc ta cyfra 293 porodów musi być rozdzielona między 54 kobiet; wypada wtedy na jedną 5·4 porodów. Liczba to nietylko większa od średniej liczby porodów u kobiet mających włókniaki, ale większa od średniej u kobiet zdrowych. Wynik najzupełniej niespodziewany i dziwny.

W drugiej grupie, złożonej ze 130 kobiet, mamy tylko 329 porodów czyli 2·5 na jedną a jeżeli znowu odtrącimy niepłodnych 16, to ta cyfra porodów rozdzieli się na 114 osób; wypadnie wtedy na jednę 2·8 porodów, cyfra mniejsza nietylko od średniej dla osób zdrowych, ale i od średniej dla osób cierpiących na włókniaki. Więc po stronie włókniaków podśluzowych płodność większa od prawidłowej, po stronie podsurowiczych i miąższowych tak znacznie mniejsza. Ale i inne zestawienie jest równie zadziwiające. Widzieliśmy, że na 193 kobiet było tylko 13 stanu wolnego, które nie rodziły; z tych 13 tylko jedna należy do grupy włókniaków podśluzowych, 12 do grupy drugiej.

Do podobnego wyniku dochodzi Schorler[1]) z tą różnicą, że u niego przedewszystkiem włókniaki podsurowicze łączą się z niepłodnością, w znacznie zaś mniejszym stopniu podśluzowe i ścienne. Tę dziwną okoliczność stara się autor tłómaczyć w następujący sposób: *Erklären liesse sich die starke Betheiligung der subserösen Tumoren an der Sterilität, glaube ich, sehr wohl. Gerade sie machen am häufigsten partielle Peritonitiden mit ihren Folgen, wie Schwartenbildung um die Ovarien, Verschluss und Obliteration der Tuben, was um so mehr in's Gewicht fällt, da gerade die subserösen Tumoren häufiger als die übrigen Formen multipel zu beiden Seiten des Uterus aufzutreten pflegen.* To tłómaczenie nie zadawalnia wszakżeż Gusserowa[2]), który sądzi, że cyfry Schorlera *mit den . . . Thatsachen bisher nicht in Einklang zu bringen sind.* Tłómaczenie Schorlera nie trafia też rzeczywiście do przekonania. Jeżeli prawdą jest, że złogi koło jajników, że zamknięcie trąbek, że mnogość i obustronność włókniaków podsurowiczych wywołują tak niezmiernie często niepłodność, to zachodzi pytanie, dlaczego mimo to powikłanie ciąży tą postacią włókniaków jest właśnie najczęstsze. Jeżeli rozumowanie Schorlera jest słuszne, to ciąża w tej formie nowotworów musi być rzadszą, niż w innych, a przecież wiedzą wszyscy, że jest wprost przeciwnie. Należy więc szukać innej drogi rozumowania.

Kobiety, które już mają wyraźne włókniaki, jakakolwiek by była ich postać anatomiczna, zastępują rzadko. Ażeby sobie ułatwić rozumowanie, powiedzmy *(quod non)*, że nie zastępują wcale. Jeżeli więc mówimy o płodności kobiet mających włókniaki, jeżeli mówimy o liczbie odbytych porodów, to mamy na myśli płodność i liczbę porodów w czasie, w którym ta kobieta nie miała jeszcze włókniaków, w czasie, w którym była zdrowa. Zapewne, nie jest to matematyczną prawdą, ale ciąża i poród u osoby mającej włókniaki wydarzają się tak rzadko, że bez wielkiego błędu możemy ich tu nie brać w rachubę. Rozchodzi się więc głównie o to, kiedy, w jakim okresie życia pacyentki zaczną się rozwijać włókniaki. Osoba mająca n. p. od 18-go roku życia włókniaki podsurowicze, może być niepłodną, choć ma tę

²) Felsenreich: Wiener med. Wochenschrift. 1887. Nr. 52.
³) Mayo Robson: The British medical Journal. 1889. November. str. 1034.

¹) l. c. str. 145.
²) l. c. str. 133.

postać nowotworów, która najmniej zapłodnieniu przeszkadza, kobieta zaś, u której w 50-tym roku życia rozwinie się włókniak podśluzowy, może być matką 10-ga dzieci, choć ma tę postać włókniaków, która zapłodnienie w najwyższym stopniu utrudnia; ona była przez cały okres płodzenia zdrową. To jedna premisa.

Powtóre nie ulega wątpliwości, że włókniaki podsurowicze i te ścienne, które nie sprowadzają krwotoków, mogą przez cały szereg lat, często i przez całe życie nie wywoływać żadnych objawów. Natomiast włókniaki podśluzowe objawiają się zwykle wcześnie krwotokami. Jeżeli więc zgłasza się do lekarza osoba mająca włókniaki podsurowicze, n. p. do pępka sięgające i mówi, że dostrzegła guz od miesiąca, lub, że objawy te lub inne trwają od niedawna, to nie wynika z tego bynajmniej, żeby i nowotwór był tak świeżej daty. Może ona nosi go już od lat 2, 4 lub 10, nic o nim nie wiedząc, i może od tego czasu jest niepłodną. Przeciwnie, jeżeli szuka porady pacyentka z włókniakiem podśluzowym, najczęściej z powodu krwawienia, to wiedząc o tem, że ta postać nowotworów objawia się wcześnie, nie przypuszczamy, żeby rozwój guza trwał u niej długo; owszem przypuszczamy, że ona jeszcze niedawno, może przed rokiem, była zdrowa. To druga premisa.

A teraz zobaczmy, w jakim wieku zgłaszały się do nas pacyentki z włókniakami.

Osoby mające guzy podśluzowe były w ogóle i średnio starsze od innych. I tak na 63 kobiet z włókniakami podśluzowymi było tylko 19 poniżej lat 40, 44 zaś powyżej. Ze 130 kobiet mających inną postać tego samego nowotworu było 60 poniżej a tylko 70 powyżej lat 40. Więc w pierwszej grupie było kobiet wyżej 40 lat 70%, w drugiej tylko 53%.

Jeżeli zestawimy te cyfry z dwiema wyż przytoczonemi premisami, to przyjdziemy do przekonania, że przyczyny tego na pozór dziwnego zjawiska, że kobiety z włókniakami podśluzowymi są płodniejsze od innych, należy szukać nie na tej drodze, którą wybrał Schorler. One miały dlatego więcej dzieci od innych, bo miały na zastępowanie i rodzenie więcej czasu; one były dłużej zdrowe od innych.

To rozumowanie wystarczyłoby, gdyby nam chodziło tylko o wykazanie przyczyny, dlaczego średnia liczba porodów u kobiet z włókniakami podśluzowymi jest większa, niż u kobiet z innymi włókniakami. Ale jak widzieliśmy, ta średnia liczba jest większa, niż u kobiet zdrowych. Nasuwa się samo przez się pytanie, czy właśnie duża liczba porodów nie usposabia do powstania włókniaków; pytanie, które nas wprowadza w ciemne dziedziny etyologii włókniaków i nowotworów w ogólności. Niewątpliwie cyfry moje są zamałe i zamało jaskrawe, żeby mogły na kwestyę tę rzucić pożądane światło, ale są one mimo to dobrą ilustracyą wywodów Gottschalka[1]), który w badaniach histologicznych znajduje „niezbite dowody" *(Aus dieser Thatsache ergiebt sich die absolut beweiskräftige Schlussfolgerung, dass die Myome irritativen Ursprunges sind)*, że przyczyny etyologii włókniaków należy szukać w miejscowem drażnieniu tkanek; więc nie zupełny spokój części rodnych, jak twierdzi Cohnheim[2]) a za nim Bebel[2]), ale owszem częste drażnienie i długotrwałe przekrwienia mają usposabiać do powstania włókniaków.

[1]) Archiv f. Gynäk. 1893. T. 43. s. 534.
[2]) l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Władysław Biegański: **Logika medycyny, czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich**. Wydanie z zapomogi kasy pomocy naukowej imienia Dra Mianowskiego. Warszawa 1894.

Książka, o której parę słów zamierzamy powiedzieć, jest czemś, tak treścią swoją wyróżniającem się od ogólnego tła prac lekarskich, obecnie drukiem ogłaszanych, że ten owoc literacki musimy uważać za istotną odmianę na polu umysłowego dorobku lekarzy i dopatrywać się w nim wpływu tego zwrotu w duchowym kierunku ludzkości od realizmu do idei, jaki zwiastują światu płody literatury i sztuki ostatnich czasów.

Wśród ogólnego wysilenia wzroku w zwierciadło drobnowidu, badania toksyn i antytoksyn, dociekania znaczenia zmian we krwi powstających i t. d., słowem wśród ogólnego zaprzątnięcia umysłów pracą doświadczalną, pojawia się dzieło lekarskie nawskroś teoretyczne, którego treścią, jak to już pokazuje się w tytule, nie jest chory ustrój, lecz w system ujęta logika wiedzy lekarskiej, prawidłowa metoda badania i rozumowania lekarza.

Treść i układ książki kol. B. są prawie podręcznikowe, zupełnie do streszczenia nienadające się. Po wstępie, w którym autor rzuca światło na znaczenie metody w badaniu naukowem, wyjaśnia cel swej pracy i przytacza źródła, następuje siedm działów, stanowiących główną treść książki, a mianowicie: 1) Klasyfikacya i definicya. 2) Rozpoznanie, jako metoda logiczna. 3) Metoda doświadczalna. 4) Hipoteza i teorya. 5) Metoda statystyczna. 6) Analiza i synteza. 7) Metoda dedukcyjna.

Roztrząsając każde z powyżej przytoczonych zagadnień, rozpoczyna autor od pojęć i zasad ogólnej logiki, następnie stosuje metodę roztrząsaną do nauk przyrodniczych, a wreszcie do nauk lekarskich, gdzie stara się doborem obrazowych przykładów ilustrować swoje myśli. Ze względu na to, że dzieło kol. B. jest przeznaczone dla lekarzy, niezawodnie osiągnąłby autor rychlej cel zamierzony, gdyby swoją pracę był uczynił więcej lekarską a mniej filozoficzną; wiedzieć jednak należy, że autor pracował na ugorze, którego do tej pory nie tknął się lemiesz nauki lekarskiej, gdyż rozprawa Baina, jako nielekarza, który również opracował logikę zastosowaną do medycyny, nie mogła być dla kol. B. wzorem do naśladowania i uwzględnienia.

Nie kusząc się nawet o poddanie krytycznemu rozbiorowi wyżej wymienionych siedmiu rozdziałów pracy autora, musimy poprzestać na kilku uwagach, jakie nam nasuwają myśli, wypowiedziane we Wstępie do dzieła.

Kol. B. zwycięsko mierzy się z krańcowym specyalizmem lekarzy niemieckich a doborem przykładów obrazowych usiłuje zwalczać główną zasadę szkoły niemieckiej, według której wszelka choroba polega pierwotnie na zmianach anatomicznych w jednym z narządów ustroju, które w dalszym ciągu sprowadzają zboczenia ogólne i schorzenie organizmu. Przeciw tej lokalnej zasadzie choroby szkoły niemieckiej stawia autor twierdzenie zasadniczo sprzeczne szkoły ś. p. prof. Chałubińskiego, czyli „Szkoły warszawskiej", której wyznanie zasadzało się na twierdzeniu, że choroba jest pojęciem oderwanem, że jest ona tylko „przejawem życia, stanem, w którym proces życia częściowo lub w całości odbywa się nieodpowiednio do celów leżących w planie życia fizyologicznego", a ze zboczeń czynnościowych w całym ustroju, jako ich wynik, powstają sprawy miejscowe, t. j. następowe zmiany anatomiczne w tym lub innym narządzie.

Autor staje po stronie ś. p. Chałubińskiego i tak jak zmarły profesor, jest zabezwzględny i jednostronny. Nauka o patogenezie chorób jest jeszcze w rozwoju i dopóki nie

wiemy, czem są w istocie tak zwane usposobienia osobnicze do chorób, jakie zmiany materyalne zachodzą w ustroju w okresie wylęgania się chorób zakaźnych, jakiemi wrotami zarazek tych chorób dostaje się do ustroju, czy i jakie sprowadza zmiany anatomiczne w narządzie, będącym dla niego furtką, dopóty medycyna musi obchodzić się bez dogmatu, czy choroby pierwotnie są miejscowe (szkoła niemiecka), a następowo uogólniają się, czy też odwrotnie: początkowo powstają zboczenia czynnościowe w całym ustroju (szkoła warszawska) a następowo tworzą się anatomiczne zmiany w narządach. Sprawa szczepienia ospy ochronnej stanowi doświadczenie na korzyść szkoły niemieckiej. Przytoczmy przykład więcej znany z patologii: wrzód twardy jest pierwotną, miejscową, zmianą anatomiczną zakażenia kiłowego; po kilku dniach brzękną gruczoły pachwinowe czyli sprawa uogólnia się a po kilku tygodniach występuje ogólny obrzęk gruczołów, osutka i t. d., co cechuje ogólne zakażenie ustroju; po latach występują objawy mózgowe, świadczące o miejscowem (w mózgu) usadowieniu się kiły (przymiotu), jako następstwo ogólnego, konstytucyonalnego zakażenia. Cóż z tego przykładu wynika? Oto początki kiłowego zakażenia przemawiają za szkołą niemiecką; uogólnianie się sprawy zakaźnej daje się śledzić krok za krokiem; po uzupełnieniu się ogólnego zakażenia, występują miejscowe sadowienia się kiły, podług pojęć Szkoły warszawskiej, lecz tylko następowo, a nie przyczynowo, pierwotnie. Na tym jednym przykładzie zatrzymamy się, jest ich więcej; lecz śmiemy utrzymywać, że dopóki postęp wiedzy lekarskiej nie wyda nowego hasła, to ani zasady ś. p. prof. Chałubińskiego z przed 30 laty, ani dzielna odsiecz dana im w dobie obecnej przez kol. Biegańskiego, nie przestaną być doktryną hipotetyczną, wprawdzie nader ponętną, często sprawdzającą się, ale daleką jeszcze od tych podwalin dogmatycznych, na których bezpiecznie mógłby oprzeć się gmach nowej szkoły.

Sądzę, że to, co wyżej powiedzieliśmy, może najlepiej nam wytłómaczy, dla czego „S z k o ł a w a r s z a w s k a" miała żywot tak efemeryczny i tak słaby ślad zostawiła w literaturze lekarskiej. A jeśli zasadnicza myśl tej Szkoły miała ten wynik, że (jak twierdzi kol. B. na stronicy 6.) prof. Chałubiński w swej klinice „mały kładł nacisk na e r u d y c y ę", to bezpłodność doktryny zasadniczej była nieuniknioną.

Wracając do ogólnych uwag o książce Dra B., godzi się zapytać, jaki cel zamierzył autor osiągnąć rozprawą treści tak teoretycznej i oderwanej? Myśli i dążenia autora są przyrody pedagogicznej: zamierzył on swą pracą rozbudzić wśród lekarzy zamiłowanie do abstrakcyjnego myślenia i wywołać krytyczne zastanowienie się nad podstawami naszej nauki. W choasie i natłoku myśli przy łóżku chorego, naukowa metoda badania ma sprowadzić ład umysłowy, uświadomić i oświetlić drogi, któremi myśl, jak po nici, szuka sobie wyjścia z labiryntu domysłów. Każdy człowiek i bez nauki gimnastyki umie chodzić, lecz tylko cielesne ćwiczenia doprowadzają organizm do zręcznego, miarowego, swej energii świadomego ruchu. Poznanie metod badania naukowego jest to odbycie kursu gimnastyki umysłowej, która ma ująć anarchiczny bieg myśli w formy lub metody stałego porządku naukowego i ukazać lekarzowi drogi, po których umysł jego ma zdążać do światła prawdy, ze spotęgowaną siłą i pewnością rozumowania.

Niepodobna jednak łudzić się, ażeby pokolenie dziś czynnych lekarzy przejęło się myślą i dążeniami autora: wzrosłe i kształcone w zasadach kierunku wyłącznie doświadczalnego, nie posiada ono daru abstrakcyjnego rozumowania, więcej nawet: włada niem jakaś neurastenia psychiczna, pewien wstręt do dociekań i rozmyślań oderwanych. Natomiast, gdyby kierunkiem wskazanym przez autora *Logiki Medycyny* przejęli się wpływowi pisarze, a zwłaszcza profesorowie i to tak przy łóżku chorego, jak i w wykładach propedeutycznych, powstaćby mogła w przyszłości szkoła lekarska z właściwą narodowi naszemu cechą umysłową i etyczną, czego śladów dopatrywał się w badaniach polskich lekarzy już ś. p. prof. Szokalski a kol. Biegański odniósłby zasłużoną nagrodę za pracę tak żmudną a tak sumienną. *Dr. A. Kwaśnicki.*

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Zanim jednakże przejdziemy do terapii, musimy podzielić zapalenie błony śluzowej macicy na dwa wielkie działy tak, jak one przedstawiają się klinikowi, na formę nieżytową i formę krwawnicową. Inni, jak J. Heitzmann [1]) dodają jeszcze trzecią formę, bolesną. Tak samo Pozzi. W tych trzech rodzajach rozróżniają anatomicznie *endometritis hypertrophica*, *papillaris*, *fungosa*, *polyposa*, *decidualis*, *dysmenorrhoica*, *exfoliativa*, *dissecans*, *atrophicans* i t. d.

Dla celów praktycznych zupełnie jest wystarczającem przyjęcie dwóch form, nieżytowej i krwawnicowej; mniejsze lub większe bóle mogą się łączyć z jedną lub drugą formą i taki też podział podał Skutsch [2]) na Zjeździe ginekologów w Bonn.

Co do sposobu leczenia formy krwawnicowej, zdania autorów nie wiele różnią się od siebie. Leczenie jest chirurgiczne. W pierwszym rzędzie, w razie znacznych krwotoków tamponowanie pochwy, środki uśmierzające krwawienie zadane wewnętrznie, jak sporysz, *hydrastis canadensis*, następnie wyskrobanie macicy.

Rzecz prosta, że uwzględnić trzeba, czy krwawienie jest tylko wyrazem choroby błony śluzowej, czy ma inne przyczyny. Z ogólnych wyliczę hemofilię, wyniszczające choroby, niedokrewność, wady organiczne serca, z miejscowych choroby jajników i trąbek, nowotwory dobrotliwe jak włókniaki, złośliwe jak rak, resztki zatrzymanego łożyska, wady ułożenia macicy *(flexiones)*. Na małe włókniaki, usadowione w tylnej ścianie macicy, szczególną uwagę zwracał Leopold. W wieku przejściowym krwawienie, zdaniem Breuneckego [3]), może mieć swoją przyczynę w zadraźnieniu jajników, które sposobem odruchowym wywołują krwawienie. Przemawia za tem przypuszczeniem okoliczność, że miesiączkowanie trwa coraz dłużej. Nowy przypływ krwi miesiączkowej trafia na dawny stan przekrwienia tak, że coraz dłużej trwa miesiączka i wreszcie powstają krwotoki, które znowu z ustaniem czynności jajników same z siebie mogą ustać. Forma ta, anatomicznie biorąc jako *endometritis fungosa*, tworzy zdaniem Leopolda [4]) przejście do raka trzonu macicy. Forma krwawnicowa nieżytu jest chorobą późniejszego wieku; że jednak krwotoki bardzo uporczywe wystąpić mogą i we wczesnym wieku, poucza ten sam autor, który dziewicy zmuszony był wyskrobać macicę. Dalché [5]) również u *virgo intacta* zatamował krwotoki wstrzykiwaniami roczczynu półtorachlorku żelaza do jamy macicznej; Martin zaś był zmuszony po wytrzebieniu wyjąć całą macicę z przyczyny krwotoków.

Już samo pojawienie się plam krwawych po zmęczeniu fizycznem w czasie między peryodami, po jeździe, spółkowaniu należy do objawów tej formy nieżytu. Symptomatologicznie ważnem jest łatwa dostępność i rozwarcie ujścia macicznego. Czasem krwotoki są tak uporczywe, że łatwo

---

[1]) J. Heitzmann: Centralblatt f. Gyn. 1888. Nr. 241.
[2]) Skutsch: Congress deutscher Gyn. Bonn 1891.
[3]) Breunecke: Archiv für Gyn. T. XX. Z. 3.
[4]) Leopold: Centralblatt f. Gyn. 1886. s. 155.
[5]) Dalché: Gaz. méd. de Paris 1885. Nr. 49.

może powstać podejrzenie, czy w danym przypadku nie rozchodzi się o nowotwór złośliwy. Abel [1]), który badał *endometrium* obok równoczesnego raka macicy, doszedł do przekonania, że zmiany tamże powstałe uważać trzeba za zmiany mięsakowate (*sarcoma*), gdy Eckhardt [2]) i Fränkel [3]) uważają te zmiany za zwykłe w *endometritis chronica*. Cornil [4]) zadaje pytanie, czy *endometritis*, czy rak i odpowiada na nie. W *e. chronica* znajduje się zawsze warstwa płaskich komórek, na której znajduje się przybłonek i którego migawki prawie zawsze są utrzymane.

Tkanka międzygruczołowa ma mało białych ciałek krwi a tkanka łączna jest równoległa do przebiegu gruczołu. W raku znajduje się gruczoły przedłużone i wiele nowego przybłonka, który traci swój charakter migawkowaty i kupkami wypełnia wnętrze gruczołu. Kształt komórek gruczołu także się zmienia; stają się one więcej sześcienne o ścianach załamanych, wkrótce ściana gruczołu zostaje przebita i znajduje się masy komórkowe w okolicy.

Leczenie formy krwawnicowej nieżytu macicy polega na użyciu środków wewnętrznych, tamponów, wstrzykiwań ściągających i przeciwgnilnych a głównie, z wyjątkiem szczególnych przypadków, gdzie potrzeba było cięższych zabiegów operacyjnych, na wyskrobaniu macicy. Różni autorowie wstrzykują do jamy macicznej rozmaite środki żrące; ponieważ jednak tego sposobu leczenia używa się i w formie nieżytowej *endometritis*, przeto zbytecznem byłoby osobno go opisywać.

W tej drugiej formie a więc nieżytowej, klinicznie wyrobił się podział i rozróżnianie nieżytu szyi i wnętrza macicy. Rzecz jest to ważna w zasadzie, nie jest to bowiem obojętnem, czy lecząc tylko nieżyt szyi, nie zaniedbuje się równoczesnego nieżytu wnętrza macicy. Sądząc *a priori*, trudno jest przypuścić, żeby obok trwającego długiego nieżytu szyi utrzymała się błona śluzowa wnętrza w stanie zdrowym. Z drugiej strony jednak łatwo zdarzyć się może, że w skutek zabiegów leczniczych stan chorobowy, ograniczony na szyję, może przeszczepić się do wnętrza macicy. Bolesność samego miąższu macicy, pewien stopień rozpulchnienia w stanie ostrym a znaczne stwardnienia w stanie przewlekłym, dozwolą rozpoznać w przeważnej liczbie przypadków, czy i sam miąższ macicy jest chory a w tym razie będzie i błona śluzowa wnętrza zmieniona chorobowo. Wrażenie, jakie robi zdrowa macica za dotknięciem się, jest podobną do uczucia, jakie się otrzymuje gniotąc palcem koniec nosa. Mając inne uczucie za dotknięciem się, trzeba podejrzywać zmiany chorobowe. Jednym z ważniejszych objawów, wskazujących na stan chorobowy wnętrza macicy, jest łatwo do niego dostępność. Do zbadania wnętrza macicy posługujemy się zgłębnikiem. Jak każda rzecz, ma on swoje dobre i złe strony a przypadki przedziurawienia macicy i ostrych zakażeń były przyczyną, że niektórzy przestrzegali przed jego użyciem. Tak jednak nie jest. Każdy przyrząd w rękach nieczystych i nieumiejętnych może przynieść szkodę, całkowite zaś usunięcie zgłębnika z ginekologii, równałoby się pozbawieniu bardzo ważnego środka rozpoznawczego rozmaitych spraw chorobowych. Myśl o ciąży absolutnie w każdym przypadku musi lekarzowi stać przed oczyma, zanim przystąpi do badania macicy zgłębnikiem; to też niedarmo Cameron, jak to opisuje Chrobak [5]), kazał zaopatrzyć zgłębniki w rękojeście przypominające kształtem swoim płód, aby w ten sposób zwrócić uwagę na możliwość ciąży. Zgłębnik w ręce wprawnej pozwala rozróżnić anatomiczne zmiany błony śluzowej wnętrza macicy.

Endometritis fungosa, ma się uczucie jakby główka zgłębnika przesuwała się po aksamicie, w *e. polyposa* skacze zgłębnik po nierównościach, toż samo w raku i gruźlicy. Również dadzą się zgłębnikiem wybadać małe ogniska patologiczne; chore za dotknięciem się tych miejsc odczuwają żywy ból i nieraz podają: t u t k w i m o j a c h o r o b a. Badanie zgłębnikiem zdrowej macicy nie jest bolesne. Podczas przejścia przez ujście wewnętrzne chore odczuwają jakby uczucie nie bólu, tylko gorąca. Jak wspomniałem, Schultze swoim próbnym tamponem chciał tę kwestyę rozstrzygnąć, czy w danym przypadku oprócz nieżytu szyi jest także nieżyt wnętrza macicy. W praktyce zdaje się, że metoda ta nie rozpowszechniła się bardzo; wreszcie i bez tamponu po odchodach można zwykle rozpoznać, czy chodzi o nieżyt szyi, czy i wnętrza.

Jeżeli ma się leczyć miejscowo błonę śluzową wnętrza macicy, to przedewszystkiem musi ona być dostępną. Najradykalniejszym w obiorze drogi ku temu celowi był Schröder, który robił obustronne nacięcia szyi macicznej, inni jak Hegar rozszerzali ją stopniowo, inni wreszcie jak Sänger, utrzymują, że tylko stósownie cienkiego i giętkiego zgłębnika potrzeba, aby dostać się do wnętrza macicy. Ze sposobów uczynienia sobie dostępnem wnętrza macicy pomijam zastarzałe mechaniczne za pomocą rozmaicie obmyślanych rozszerzaczy, jak Ellingera, Schultzego, Schatza i innych i przechodzę do rozszerzania za pomocą środków pęczniejących, *tupelo* i blaszkownicy i za pomocą Hegarowskich wałeczków, pomijając również Schröderowskie rozcięcie, jako tylko w wyjątkowych razach używane. Bez wątpienia najlepszym środkiem rozszerzającym samodzielnie szyję macicy jest pierwszy raz przez Simpsona użyta gąbka, ale też i stanowczo niebezpieczna dla trudnego odrażenia. Blaszkownica ma zaletę, że jej można nadać dowolne zgięcie, nie pęcznieje jednak jednostajnie tak jak *tupelo*, które też potrzebuje krótszego czasu do napęcznienia. Wedle Dirnera można wałeczki blaszkownicy (*laminaria*) pozbawić zupełnie zarazków, trzymając je w 1% rozczynie sublimatu w wyskoku absolutnym, co nie odbiera im własności pęcznienia. B. S. Schultze gotuje blaszkownicę w 5% kwasie karbolowym a przechowuje w zgęszczonym rozczynie jodoformu w eterze. Tak samo postępuje i Sänger [1]). Oryginalny sposób podał Kocks [2]), mianowicie zawiązuje wałeczek z *tupelo* albo blaszkownicy w kondon odrażony i napełniony cieczą przeciwgnilną; pęcznienie wałeczka odbywa się więc na koszt wody a nie soków w tkankach. Metodę tę poleca usilnie Stocker [3]). Używanie środków pęczniejących nadaje się szczególnie u osób bojących się wszystkiego, choćby w przybliżeniu podobnego do operacyi a takim jest sposób rozszerzenia ujścia za pomocą wałeczków Hegara z wielu stron polecony, między innymi przez E. Frankla [4]). Bez uśpienia w krótkim stósunkowo czasie da się cała rzecz wykonać i to całkiem aseptycznie. W przypadkach, gdzie zwykły zgłębnik wchodzi do macicy bez trudności, w tych także leczenie wśródmaciczne będzie łatwem. Częste są jednak przypadki, gdzie już samo wstawienie części pochwowej do wziernika jest utrudnione. Dużo bardzo zależy od doboru i ustawienia wziernika. Zwykły wziernik Mayera, Fergussona, Brauna dozwala tylko w wyjątkowych przypadkach stósowania środków do wnętrza macicy a to jeżeli jama i szyja macicy znajdują się w prostej linii, w przedłużeniu osi wziernika, przy mocnem przodozgięciu macicy nie można z pomocą tego wziernika dostać się do wnętrza macicy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Abel: Archiv f. Gyn. Berlin 1888. XXXII. 271—282.
[2]) Eckhardt: Verhandl. der deutsch. Gesellschatt f. Gyn. Leipzig 1888. II. 295.
[3]) Fränkel: Archiv f. Gyn. Berlin 1888. XXXIII. s. 146.
[4]) Cornil: Nouv. Archiv d'obstr. et gyn. Paris 1888. s. 109.
[5]) Chrobak: Deutsche Chir. Lief. 54. s. 65.

Położnictwo.

W. Friedberg: O białkomoczu po porodzie.

Białkomocz występujący bezpośrednio po porodzie uważać należy według autora za następstwo samej czynności porodowej. Wtedy bowiem mocne działanie tłoczni brzusznej

[1]) Sänger: Centralblatt f. Gynäk. 1894. s. 604.
[2]) Kocks: Centralblatt f. Gynäk. 1881. s. 235.
[3]) Stocker: Centralblatt f. Gynäk. 1884. s. 705.
[4]) Fränkel: Centralblatt f. Gynäk. 1881. s. 457.

wraz z działaniem mięśni klatki piersiowej wydechowem, obok równoczesnego zamknięcia głośni, sprowadza zastój w systemie żylnym a tem samem zastój w żyłach nerek, co następnie prowadzi do wydzielania się białka przez przewodziki nerek. Wielki wpływ na pojawianie się białkomoczu wywiera dłuższe lub krótsze trwanie czynności porodowej. Długotrwałe porody i silne bóle sprzyjają powstaniu białkomoczu. Dlatego to białkomocz pojawia się znacznie częściej i w znaczniejszej ilości u pierwiastek, aniżeli u wieloródek i tak według autora u pierwiastek w 59%, u wieloródek w 40%. Jeżeli białkomocz był jeszcze podczas ciąży, to prawie zawsze po porodzie powiększał się znacznie.

Na 51 przypadków znalazł autor tylko w 3 przypadkach wałeczki i to w dwu wałeczki szkliste a w jednym ziarniste; we wszystkich przypadkach już w cztery dni po porodzie wałeczków nie znaleziono. *(Berliner klin. Wochenschrift.* Nr. 4. 1894). *Dr. Kośmiński.*

Dührssen: O ciąży trąbkowej i leczeniu krwotoków do jamy brzusznej z jej przyczyny.

Rozpoznanie krwotoków do jamy brzusznej nie jest łatwe, gdyż bardzo podobne objawy występują również po przebiciu się ropnego wysięku okołomacicznego lub omacicznego do jamy otrzewnowej, lub też po przebiciu się wrzodu żołądka lub jelit. Zejście śmiertelne z pęknięcia trąbki ciężarnej nie jest konieczne; rzadkie przypadki kończą się względnem wyleczeniem, względnem dlatego, ponieważ i później nastąpić może pęknięcie worka, w którym otorbiła się krew wylana a wreszcie krwotok taki może powtarzać się. W najlepszym razie przychodzi do wytworzenia się otorbionego wysięku, który zazwyczaj bardzo trudno ulega wessaniu. Dlatego to radzi autor w przypadkach, w których rozpoznać można krwotok do jamy brzusznej skutkiem ciąży trąbkowej, wykonać laparotomię. Gdyby nie było można chorej przewieźć do kliniki lub odpowiedniego zakładu, radzi laparotomię natychmiast wykonać w mieszkaniu chorej, gdyż bardzo często z operacyą zwlekać nie można.

Ponieważ chore jeszcze przed operacyą są często bardzo niedokrewne, radzi autor tuż przed samą operacyą wykonać infuzyę rozczynu soli kuchennej, w przeciwnym bowiem razie przekrwienie naczyń krwionośnych, w jamie brzusznej po otwarciu jamy otrzewnowej występujące, może sprowadzić śmierć. Również narkoza u osób niedokrewnych jest niebezpieczną. Autor operuje po zrobieniu przedtem infuzyi; raz operował bez infuzyi, chora umarła, inne zaś przypadki zakończyły się pomyślnie.

Niektórzy przemawiają przeciwko infuzyi, gdyż po niej występuje większe krwawienie; autor sądzi, że to nie jest uzasadnione, gdyż po otwarciu jamy brzusznej krwotok zawsze operator jest w stanie utamować. (*Deutsche medic. Wochenschrift.* Nr. 2—3. 1894). *Dr. Kośmiński.*

Choroby wewnętrzne.

E. Neusser: Szczególne zmiany we krwi w skazie moczanowej.

N. opisuje szczególniejszy sposób oddziaływania na mięszaninę *triacidii* Ehrlicha[1]) leukocytów w dnie *(arthritis uratica).* Przy barwieniu tym środkiem występują w pierwoszczu leukocytów, przeważnie w bezpośredniem sąsiedztwie jądra szczególniejsze ziarnka i grudki mocno czarno zabarwione. Autor skłania się zgodnie z wynikiem badań Horbaczewskiego do zdania, że pomieniony odczyn pierwoszcza leukocytów jest objawem rozpadu nukleiny, której cząstki utraciły skutkiem wadliwego odżywienia odporność właściwą substancyi chromatynowej jądra.

Wobec tego, że autor nietylko w przypadkach typowych dny, lecz także w wielu przypadkach dny tak zwanej nieregularnej, (przypadek ostrego gośćca stawowego, dusznicy nerwowej, chorób skórnych przewlekłych, zboczeń żołądkowo-jelitowych, neuralgii, neurastenii przebiegających z powiększeniem się tak ilości kwasu moczowego, jak i jego współczynnika w stosunku do mocznika, wykazał rzeczony odczyn leukocytów, w innych zaś przypadkach chorobowych stale go brakło, odczyn ten stanowi cenny środek rozpoznawczy tak dny typowej, jak, co ważniejsza, wielu obrazów chorobowych, na skazie dnawej polegających.

Nadto częścią wbrew uznawanemu przez dawnych lekarzy antagonizmowi dny względem gruźlicy, znajdywał autor w przypadkach gruźlicy, w których badanie moczu wykazało skazę dnawą, rzewny odczyn leukocytów, przypadki wszakże takie przebiegały łagodnie i przewlekle.

Także w niektórych przypadkach cukrzycy i błonicy wykazał autor odczyn powyższy, lecz pozostawia wysnuwanie ztąd wniosków na przyszłość, gdy zbada więcej przypadków. *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. 1894).
Dr. Ponikło.

Zapiski terapeutyczne.

— Bogrow: Tyroidyna w chorobie Basedowa. Autor przekonał się, że tyroidyna działa wcale dobrze w chorobie Basedowa a na poparcie tego przytacza 3 przypadki, środkiem tym przez siebie leczone. W jednym z nich u chorej mającej 46 lat i wszystkie przypady choroby Basedowa z wyjątkiem wysadzenia gałek ocznych tętno do 130 na minutę dochodzące, po użyciu napróżno najrozmaitszych środków spróbował autor podskórnych wstrzykiwań tyroidyny. Tętno zeszło wkrótce na 60 do 86, zmniejszyły się także przypady podmiotowe ze strony serca, jak również i wól, który ostatecznie ustąpił zupełnie a następnie zmalały powoli i inne objawy choroby. Lubo chorej nie można dotychczas uważać za całkiem wyleczoną, to jednakowoż wszystkie przypady złagodniały nadzwyczajnie.

W drugim przypadku u chorej mającej 23 lat już po 5-ciu wstrzyknięciach tyroidyny spadło tętno z 150 na 120 a równocześnie zmniejszyły się znacznie wszystkie inne przypady podmiotowe i przedmiotowe. Tak samo było w trzecim przypadku u chorej liczącej lat 26, u której tętno zeszło ze 120 na 96 a wól i wysadzenie gałek ocznych zmniejszyły się wybitnie.

Autor nie używał gruczołu tarczykowego wewnętrznie z przyczyny szkodliwego jego wpływu na przewód pokarmowy (czego jednak inni nie widzieli. Przyp. sprawozdawcy *Przeglądu lekarskiego*), lecz dawał podskórnie tyroidynę przyrządzoną w następujący sposób: Do gruczołów tarczykowych (zapewne baranich), dobrze posiekanych daje się równą co do wagi ilość fizyologicznego (0·6%) rozczynu soli kuchennej i wytrawia to razem przez 24 godzin. Płyn w ten sposób otrzymany wyjaławia się w przyrządzie d'Arsonvala i następnie przesącza przez filtr porcelanowy, przez co otrzymuje się ciecz jasną i przeźroczystą jak woda, która wstrzyknięta podskórnie nie drażni ani miejscowo ani ogólnie. Wstrzykiwania rozpoczyna się od kropli, dochodzi w końcu pierwszego tygodnia do centymetra sześciennego i postępuje powoli do 4 cm.³. Największa liczba wstrzykiwań wynosiła 65.

Zdaniem autora ta skuteczność tyroidyny potwierdzałaby przypuszczenie, iż choroba Basedowa pochodzi z zatrucia toksynami, które w stanie fizyologicznym ulegają zniszczeniu przez wytwory gruczołu tarczykowego. Objawy zatem choroby przerzeczonej zawdzięczają swój początek albo nadmiernemu wytwarzaniu się toksyn w ustroju albo niedostateczności fizyologicznego działania gruczołu tarczykowego. *(La médecine moderne.* 26. Września 1894).

(Dotychczas uważa się i słusznie prąd galwaniczny za najskuteczniejszy w chorobie Basedowa środek, który jednak tę ma niedogodność, iż w tem właśnie cierpieniu potrzeba

---

[1]) Skład barwika jest następujący:

Wysyconego wodnego rozczynu	fuksyny kwaśnej	50	cm.³
	barw. pomarańczowego	70	„
	zieleni metylowej	80	„
Wody destylowanej		150	„
Alkoholu bezwodnego		80	„
Gliceryny		20	„

go używać za pomocą przyrządów bardzo dokładnych, opatrzonych w czułe galwanometry absolutne, ztąd kosztownych i do należytego działania wymagających już pewnej wprawy i doświadczenia. Dlatego skutecznie można leczyć chorobę Basedowa przeważnie tylko w miastach większych. Z tej przyczyny byłyby bardzo pożądanemi dalsze doświadczenia terapeutyczne z tyroidyną, której łatwiej przyjdzie użyć, niż prądu galwanicznego. Przypisek sprawozdawcy *Przeglądu lekarskiego).*

Nowsze leki. Arystol wyrabiany przez fabrykę pod firmą Fryderyka Bayera i Spółki w Elberfeldzie jest pochodnym fenolu i zawiera w sobie węgiel, tlen, wodór i jod. Jestto proszek barwy jasnej, czekoladowej, prawie bez woni i bez smaku. Nie rozpuszcza się w wodzie ani glicerynie, w wyskoku rozpuszcza się trudno, łatwo zaś w eterze i chloroformie, w olejach tłustych i wazelinie. Ponieważ rozkłada się od ciepła i światła, należy go rozpuszczać zawsze na zimno a chronić od światła. Zawiera 45·8% jodu.

Arystolu można użyć zamiast jodoformu a jakkolwiek nie niszczy bakteryj, daje się z korzyścią zastósować do leczenia w chirurgii, osobliwie zaś w dermatologii, gdyż przyspiesza wytwarzanie się ziarniny i zabliźnienie. Stósuje się go w formie zasypki, maści lub roztworu w eterze albo chloroformie.

Asaprol składu ($C_{10}H_6$. βOH. αSO$_3$) Ca + $3H_2O$ zalecany przez Dubiefa i Stacklera w gośćcu, dnie, durze i w wielu jeszcze innych chorobach w ilości od 1 do 4 gramów dziennie, lubo nie drażni, działa przeciwgnilnie. Obok asaprolu nie można ze względu na rozkład chemiczny przepisywać siarkanów, dwuwęglanu potasowego i jodku potasu.

Arbutyna, glukozyd otrzymany z liści mącznicy niedźwiedziny (*arctostaphylos uva ursi*) jest substancyą krystaliczną, bez barwy i bez woni, rozpuszcza się w 8-miu częściach wody zimnej a jednej części wody gorącej, w 16-tu częściach wyskoku. Rozczyn wodny ma smak gorzki i oddziaływa obojętnie, barwi się za dodatkiem półtorachlorku żelaza w małej ilości niebiesko, w większej ilości zielono.

Arbutyny używa się w dziennej dawce do 5 gramów (w proszku lub rozczynie wodnym) wewnętrznie przeciw nieżytom pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych ze skutkiem nieraz bardzo pomyślnym (jak się o tem przekonał sprawozdawca *Przeglądu lekarskiego*).

Agarycyna, ciało otrzymywane z huby modrzewiowej (*polyporus officinalis* czyli *agaricus albus*), niedokładnie jeszcze zbadanego składu chemicznego, przedstawia się jako proszek biały, krystaliczny o słabym smaku i słabej również woni. Rozpuszcza się w wodzie w ilości bardzo małej, nadając jej wszakże wyraźnie kwaśny odczyn, w 130 częściach zimnego a 10 gorącego wyskoku, łatwiej w gorącym kwasie octowym.

Ponieważ agarycyna ze stanowiska chemicznego jest kwasem, przeto nazywają ją także kwasem agarycynowym.

Agarycyny używa się prawie wyłącznie tylko do poskramiania rozpływnych potów u suchotników. Dawka ½ do 1 centygrama. Najlepiej w formie pigułek z proszkiem Dowera. Wstrzykiwania podskórne są bolesne.

Agatyna złożona z węgla, wodoru, tlenu i azotu, tworzy blaszki krystaliczne, białe z odcieniem zielonawym; nie rozpuszcza się w wodzie, rozpuszcza się natomiast w wyskoku, eterze i benzolu. Zalecana w ilości od 15 do 50 centygramów w newralgiach, mianowicie dnie kulszowej. Wymaga ostrożności wielkiej w użyciu. Z obawy o rozkład chronić ją trzeba starannie przed światłem.

Analgen złożony z węgla, wodoru, tlenu i azotu, jestto proszek nie rozpuszczający się całkiem w wodzie, trudno rozpuszczający się w wyskoku zimnym, rozpuszcza się łatwiej w wyskoku gorącym i kwasach roztworzonych. Zalecany po 0·50 kilka razy dziennie w rozmaitych bólach nerwowych i gośćcowych. Obniża także temperaturę, wywołując poty.

Angioneurozyna jestto nazwa wprowadzona przez Trussowicza na oznaczenie nitrogliceryny, znanej w terapii także pod nazwą glonoiny.

Antynerwina jestto mięszanina 25% bromku amonu, 25% kwasu salicylowego i 50% antyfebryny.

Antyseptyna czyli asepsyna złożona z węgla, wodoru, tlenu, azotu i bromu jest parabromoacetanilidem, nie rozpuszcza się w wodzie, rozpuszcza się lubo w miernej ilości w wyskoku. Zalecana jako środek przeciwgnilny.

— W nerwowym bólu zębów, osobliwie podczas ciąży zaleca Graetzer:

124) Rp. *Antifebrini* 0·25
Phenacetini 0·50
MDentur tales doses sex
S. Trzy razy dziennie zażywać po proszku.
(*Ther. Monatshefte.* Październik 1894).

— Przeciw dolegliwościom w połykaniu u suchotników zaleca Lermoyez zamiast pomazywania kokainą wdmuchiwania po 5 centygramów proszku:

125) Rp. *Morphini muriatici*
Sacchari lactis āā *2·00*
Gummi arabici *1·00*
M. f. p.

Uważać należy, by przed wdmuchnięciem pacyent wdychał głęboko, narzędzie skierowane było ku tylnej stronie nakrywki krtaniowej a po wdmuchnięciu oddychanie odbywało się przez nos. (Rzecz nie nowa, ale praktyczna, o czem przekonaliśmy się sami i w klinice laryngologicznej prof. Schröttera w Wiedniu już przed 25 laty i we własnej praktyce. Przyp. sprawozd. *Przegl. lek.*).

— G. Thornton zaleca w krztuścu (kokluszu) u dzieci:

126) Rp. *Phenacetini* *0·50*
Glycerini *90·00*

Co 2 godziny po pół łyżeczki od herbaty (u dziecka rocznego), dopóki napady nie staną się lżejsze i rzedsze.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 18. Października 1894 r.

— Dnia 10. Października odbyło się pierwsze po wakacyach posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia przypomniał przewodniczący Dr. Kwaśnicki. iż zbliża się termin zwołania komisyi statutowej; chcący więc przedłożyć jakieś zmiany w statucie, winni zrobił to najpóźniej do 15. Listopada r. b. Dr. Baurowicz miał odczyt: *o twardzielu nosa i krtani*, przyczem okazał chorego z oddziału prof. Pieniążka, preparaty mikroskopowe i hodowle laseczników twardziela (*rhinoscleroma*). Prof. Bujwid preparaty te i hodowle pokazał w znacznem powiększeniu, rzucone za pomocą przyrządu projekcyjnego na ciennik. W dyskusyi nad tym odczytem wzięli udział prof. Pieniążek, prof. Bujwid, Dr. Kryński i prelegent.

Prof. Bujwid wyłożył w końcu rzecz o metodach i wynikach badania wody; w dyskusyi przemawiał prof. Mars.

— Dr. Gustaw Malinowski, lekarz pomocniczy szpitala św. Łazarza w Krakowie, mianowany przez Wydział krajowy lekarzem szkoły rolniczej w Czernichowie nad Wisłą w Krakowskiem.

— Kurs miesięczny bakteryologii i higieny dla pp. lekarzy rozpocznie Prof. Dr. Bujwid dnia 20. Października 1894 r. o godzinie 3. po południu w zakładzie higienicznym krakowskim.

— Publikacye Behringa w Berlinie w dziennikach lekarskich niemieckich, następnie doniesienia Rouxa w Paryżu w pismach zawodowych francuskich i na międzynarodowym kongresie higienicznym w Budapeszcie, w końcu odczyty Behringa i Ehrlicha na odbytym niedawno w Wiedniu Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w sprawie leczenia błonicy stósownie przyrządzoną surowicą, o czem w jednym z najbliższych numerów pisma naszego zdamy sprawę na podstawie najnowszych w tej mierze prac niemieckich i francuskich, dały powód do wielkich nadziei nie tyle może wśród lekarzy nauczonych

już doświadczeniem z tuberkuliną Kocha, ile wśród publiczności, która na wezwanie dzienników politycznych pospiesza z hojnemi ofiarami na wyrób drogiego dziś jeszcze środka terapeutycznego, mającego zmniejszać w razie wczesnego użycia bardzo znacznie śmiertelność z błonicy. Zapatrując się wszakże na sprawę trzeźwo i krytycznie, oświadczyć należy, iż dotychczas nie można jeszcze wydać stanowczego sądu o wartości leczniczej środka, o którym mowa, i że trzeba do tego jeszcze bardzo wielu gruntownych i licznych doświadczeń, których dokonać można jedynie w klinikach i dobrze urządzonych szpitalach, tem bardziej, że według dotychczasowych przynajmniej spostrzeżeń, surowica lecznicza miała okazać się skuteczną tylko na początku choroby, kiedy zatem nie można nic wiedzieć o ciężkości danego przypadku. Dlatego słusznie orzekła najwyższa rada lekarska austryacka, że ścisłe badanie leczniczego działania surowicy, stósownie przyrządzonej jest koniecznie potrzebne, ale, że tak jej wyrób jak i próbowanie musi odbywać się pod ścisłą kontrolą naukową i jedynie w zakładach stósownie do tego urządzonych.

— Bardzo ważny pod względem naukowym, lubo nader smutnie dla jednego z kolegów zakończony przypadek śmiertelny laboratoryjnej cholery azyatyckiej opisuje w ostatnim numerze (z 11. Października) *Deutsche medic. Wochenschrift* Reincke w Hamburgu. Rano dnia 15. Września zawezwano pomocy lekarskiej do asystenta hamburskiego zakładu higienicznego, Dra Oergla, który zajmował się hodowaniem laseczników przecinkowych cholery a od kilku dni miał rozwolnienie i skarżył się na upadek sił. Badanie kliniczne wykazało odrazu cholerę azyatycką, na którą mimo najenergiczniejszej terapii i opieki chory w dniu 20. Września zmarł. Poszukiwania bakteryologiczne od dnia 16. Września codziennie aż do śmierci i po śmierci wykazywało stale w wypróżnieniach przewodu pokarmowego mnóstwo prątków przecinkowych; rozpoznanie zaś na stole sekcyjnym było: *pneumonia fibrinosa lobi inferioris, utriusque praecipue dextri. Endocarditis aortica inveterata. Ren cholericus (stadium secundum). Cicatrices renis sinistri. Intumescentia recens hepatis. Proctitis et colitis diphtheritica.*

W jaki sposób Dr. Oergel dostał cholery po doświadczeniach z prątkami przecinkowemi, nie udało się wykazać. Według jednych, robił zmarły doświadczenia z zakażoną prątkami przecinkowemi surowicą i przy tej sposobności dostała mu się kropla tego płynu do ust, które on jednak natychmiast wypłukał, nie wiadomo wszakże czem. Zmarły sam przypuszczał, iż w dniu 13. Września przy badaniu wody wiślanej nadesłanej z Torunia, dostała mu się pewna jej ilość do ust. Badanie jednak tej wody przez innych nie wykazało prątków przecinkowych a nie można było potwierdzić domysłu, iż Dr. Oergel do pewnej części tejże wody wiślanej dodał prątków przerzeczonych. Jeżeli przeto nie można było wykryć, zkąd ostatecznie zaraził się cholerą zmarły, to jednak nie ulega wątpliwości, iż robił on w ostatnich dniach przed zachorowaniem wiele doświadczeń z prątkami przecinkowemi, co jest przekonywającym dowodem, iż bakterye choleryczne nie są bynajmniej czemś niewinnem, za co chcą je uważać niektórzy.

— Konkurs. Burmistrz miasta Banialuki w Bośnii, Ragil beg Djinic rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w tem mieście. Pensya roczna 1000 złr. Czynności uboczne i praktyka prywatna nieść mogą około 500 złr. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania do władzy miejskiej w Banialuce najpóźniej do 10. Listopada r. b. i w nich wykazać, że mają stopień doktora wszech nauk lekarskich i że przez dwa lata przynajmniej praktykowali w jednym z większych szpitali. Pierwszeństwo mieć będą ci, którzy udowodnią, iż przez dłuższy czas praktykowali w oddziale chirurgicznym i znają jakiś język słowiański.

— **Nekrologia.** W dniu 17. Października b. r. zmarł w Krakowie Dr. Fr. Wyszatycki, lekarz powiatowy ropczycki, przeżywszy lat 40.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 24. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. doc. Beck okaże kamyk ślinowy; 2) Dr. filozofii Wróblewski wyłoży różnicę między sernikiem mleka kobiecego a krowiego (z demonstracyą); 3) kol. prof. Pieniążek mówić będzie: *O przypadkach wpadnięcia ciał obcych do krtani.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Zwierzchność gminy król. miasta Olesko z okręgiem sądowym obejmującym 21 gmin, siedziba sądu powiatowego, urzędu podatkowego, notaryatu i t. d. i t. d. rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną płacą 300 złr. w. a.

Ubiegający się, mają wykazać uzyskany stopień doktora wszech nauk lekarskich i dotychczasową praktykę w zawodzie lekarskim.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do 1. Listopada b. r. na ręce członka Rady gminnej Wbnego ks. proboszcza Marcela Piątkowskiego w Olesku.

Zwierzchność gminy król. miasta. 154—2—1

Olesko, 11. Października 1894.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę pierwszego asystenta (prosektora) przy katedrze anatomii opisowej Wydziału lekarskiego w c. k. Uniwersytecie we Lwowie. Do posady tej przywiązana jest remuneracya w kwocie 600 złr. i obowiązek mieszkania w zakładzie. Podania wnosić należy na ręce dziekana Wydziału filozoficznego c. k. Uniwersytetu we Lwowie najdalej do 20. Października b. r.

Z Dziekanatu Wydziału filozoficznego.

Lwów dnia 1. Października 1894. 152—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza

Rok XXXIII. Kraków 27. Października 1894 r. Nr. 43.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I.

PIERWSZY WYKŁAD

Prof. Dra Henryka Kadyjego

w nowym Zakładzie anatomii opisowej Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego w d. 13. Października 1894.

Panowie! Najśmielsze marzenia moich lat młodzieńczych a zarazem najgorętsze pragnienia moje spełniają się z chwilą, w której mam zaszczyt powitać Panów na wstępie do nauk lekarskich w tem oto miejscu. Ta piękna, jasna i wygodna sala wykładowa, równie jak cały ten gmach wspaniały przeznaczony dla nauk, badających tajniki ustroju ludzkiego, zawdzięczają swoje powstanie troskliwej opiece, jakiej społeczeństwo nasze użycza naukom lekarskim.

Świeżo w pamięci są nam wszystkim podniosłe uroczystości, które niedawno święciła nasza *Alma mater*, gdy Najjaśniejszy Pan, otoczony doradcami Korony i najwyższymi dygnitarzami państwa, rządowymi i autonomicznymi, osobiście raczył dokonać położenia ostatniego kamienia w tym budynku.

Uroczystość ta jest dowodem, jak wielką wagę najmiłościwiej nam panujący Monarcha i całe nasze społeczeństwo, którego On jest widomą głową i łącznikiem wszystkich czynników w niem działających, przykładają do tego ogniska nauki, w którem kształcić się mają lekarze, aby skutecznie zaopiekować się zdrowiem swoich współobywateli a tem samem zabezpieczyć społeczeństwu pierwszy i najważniejszy warunek pożytecznej pracy i dobrobytu na niej opartego.

Nauki lekarskie od wieków, odkąd napotykamy pierwsze ślady cywilizacyi, cieszą się szczególną opieką społeczeństw i rządów, które w miarę potrzeb i możności dostarczają im wszelkich środków potrzebnych do badania.

Tej szczególnej opieki i szczodrobliwości, którą nauki lekarskie darzą społeczeństwa, pozazdrościć nam może niejedna inna umiejętność, której idealne cele niemniej są wzniosłe, której doniosłość dla rozwoju ludzkości i cywilizacyi nie jest mniejsza, lecz której pożytek i błogie dla społeczności skutki nie są tak bezpośrednie, nie są tak oczywiste i namacalne.

Te wspaniałe dary, te wielkie ofiary, jakie zwłaszcza nasz kraj ubogi i miasto nasze niosą dla nauk lekarskich, wkładają tem większe obowiązki na wszystkich, którzy w tych naukach pracować mają — zarówno na Was Panowie, którzy zaciągnęliście się w szeregi uczonych z chwilą, w której zostaliście wpisani jako obywatele Wszechnicy — jak na nas, nauczycieli Waszych, którzy mamy być Wam przewodnikami w pracy naukowej.

Aby godnie odpowiedzieć nadziejom i oczekiwaniom kraju i sprostać swemu wspólnemu zadaniu, powinniśmy z całym zapałem młodzieńczym poświęcić się pracy naukowej, musimy przedewszystkiem pokochać tę naukę i jej wzniosłe zadania, jej idealne cele, powinniśmy z całej duszy oddać się umiejętności, bez względu na uboczne cele, jakie studya medycyny mieć mogą i w istocie mają.

Ta szczera miłość nauki, ten prawdziwy zapał dla badań umiejętnych oby Panów ożywiał w Waszych studyach i w Waszem życiu! — Tego Wam życzę z całego serca zarówno dla postępu nauki jako też na chwałę naszego społeczeństwa i dla dobra Waszego własnego.

Wierzajcie mi Panowie, że umysł i serce ludzkie a przedewszystkiem duch człowieka wykształconego ma swoje potrzeby wrodzone i odziedziczone, których nie zaspakaja chleb codzienny. Są ideały piękna i prawdy, które uszlachetniają człowieka, które krzepią ducha po znojach pracy codziennej, orzeźwiają nasz umysł, które skutecznie uzbrajają nas w walce z przeciwnościami życia powszedniego. Kto te ideały żywi w sobie, nie upadnie w walce o byt, lecz zawsze w nich czerpać będzie nowe siły dla żmudnej pracy zawodowej.

Wewnętrzną wartość człowieka, jednostki w społeczeństwie stanowi jego poczucie piękna i prawdy.

Też ideały uszlachetniają społeczeństwa. Tylko te społeczeństwa uznać można za cywilizowane, które szanują i pie-

lęgnują ideały piękna i prawdy, które czczą sztuki i nauki. Te narody przodują w cywilizacyi, które przyświecają ludzkości wzniosłemi dziełami sztuki, znakomitemi zdobyczami na polu nauki.

To właśnie stanowi pierwszorzędną zaletę zawodu lekarskiego, że lekarz, wykonywając swój zawód, żyje w nauce i dla nauki, że wykonywanie praktyki lekarskiej a badanie naukowe to prawie jedno; każdy chory dla lekarza myślącego jest przedmiotem badania naukowego.

Wprawiajcie się więc Panowie zawczasu w badanie naukowe a miejcie ustawicznie na oku jedyny i wzniosły cel wszelkich badań naukowych, którym jest **prawda**, którym w naukach przyrodniczych jest wykrycie odwiecznych i niezmiennych praw przyrody a tak mądrych, że koniecznem ich następstwem jest nieprzebrana moc tworów i jestestw przyrody, nieskończony szereg najzawilszych zjawisk.

Najdoskonalszem, bo najzawilszem jestestwem świata przyrodzonego jest człowiek a jego ustrój widownią (*substratem*) najrozmaitszych, najzawilszych i najcudowniejszych — bo dla nas niezrozumiałych jeszcze — zjawisk, które nazywamy jego funkcyami czyli czynnościami ustroju ludzkiego.

Oczywistą jest rzeczą, że lekarz przedewszystkiem winien ile możności poznać jak najdokładniej ustrój człowieka, że zatem jedyną możebną podstawą nauk lekarskich jest historya naturalna człowieka, czyli jak dziś ją nazywamy, biologia człowieka.

Biologia jest jedną z głównych gałęzi nauk przyrodniczych. Wiadomo powszechnie, że w przyrodzie rozróżniamy ciała martwe, nie żyjące i ustroje żyjące czyli organizmy; tym sposobem cały zakres nauk przyrodniczych dzielimy na abiologią czyli anorganologią i na biologią.

Badanie ustroju ludzkiego, jako jestestwa żyjącego należy do zakresu nauk biologicznych, jest zatem częścią nauk przyrodniczych. Co więcej, w zakres nauk przyrodniczych wchodzi nietylko badanie idealnego czyli prawidłowego ustroju ludzkiego, to jest takiego, jakim sądzimy, że być powinien, lecz także wszelkich zboczeń, jakie u rozmaitych osobników a względnie w rozmaitych okresach czasu powstają (w skutek działania rozmaitych wpływów szkodliwych), a więc badanie ustroju ludzkiego chorobowo zmienionego i zjawisk w takich przypadkach dostrzeganych, które zowiemy objawami czyli zjawiskami chorobowemi.

Tym sposobem nietylko antropologia (we właściwem słowa znaczeniu) czyli biologia ustroju ludzkiego, lecz także patologia, t. j. nauka, której zadaniem jest zbadanie istoty chorób i praw, wedle których odbywają się zjawiska chorobowe, wchodzi w zakres nauk przyrodniczych.

Z naukami przyrodniczemi nauki lekarskie łączy nie tylko wspólność przedmiotu badania, skoro sprawy chorobowe dostrzegane w ustroju ludzkim są tak samo zjawiskami przyrody, jak objawy życia w ogóle, lecz także wspólny cel i wspólne metody badania.

Z umiejętności przyrodniczych przed wszystkiemi rozwinęły się nauki o martwych tworach przyrody. Tu badania nie ograniczały się do poznania własności ciał i zmian ich czyli zjawisk dostrzeganych, lecz już od dawien dawna umiano wykazać związek między różnemi na pozór ciałami i zjawiskami i skutecznie dociekano ich przyczyn; zjawiska zawilsze wyprowadzano z prostszych i tym sposobem objaśniono je, poznając ich przyczyny, odnosząc je do działania coraz to prostszych czynników a ostatecznie odnosząc do działania sił przyrody.

Nauki biologiczne mają przed sobą przedmioty i zjawiska nierównie zawilsze, do których badania z powodzeniem można było przystąpić dopiero wtedy, gdy badania martwej przyrody doprowadziły już były do pewnych wyników, na którychby można się oprzeć i gdy wskazały drogę, po której kroczyć trzeba, pragnąc rozwikłać zadania, jakie przed sobą mają nauki przyrodnicze.

Cel wszystkich nauk przyrodniczych, zarówno abiologicznych jak też biologicznych jest ten sam: wykrycie związku przyczynowego zjawisk, sprowadzenie ich do wspólnych prawideł a ostatecznie odnoszenie ich do działania przyczyn coraz to prostszych, które nazywamy siłami przyrody. Wszystkie badania umiejętne dążą do sprowadzenia wszelkich jestestw i zjawisk do ostatecznej, najwyższej przyczyny wszystkiego, co istnieje, więc do celu, który dla badań i rozumu ludzkiego z pewnością nie jest w zupełności dostępny, lecz do którego staramy się i powinniśmy się starać ile możności zbliżyć się.

Jaka jest droga, którą zbliżamy się do tego celu?

Drogę tę wskazały nam właśnie najpierw nauki badające martwe twory przyrody i zjawiska na nich dostrzegane (fizyka, astronomia, chemia.....), na drogę tę weszły następnie także nauki biologiczne a ostatecznie i nauki lekarskie. Jest to metoda, którą nazywamy przyrodniczą.

Metoda ta polega przedewszystkiem na dokładnem, ile możności, wyczerpującem poznaniu przedmiotu badanego i zmian w nim dostrzeganych czyli zjawisk; dostrzegamy je zmysłami: wzrokiem, słuchem, dotykiem, ostatecznie także powonieniem i smakiem, stósując przytem cały zasób rozmaitych środków (znowu właśnie wynalezionych przy pomocy nauk przyrodniczych), które chronią nas od złudzeń zmysłowych a zarazem umożebniają dokładniejsze i pewniejsze spostrzeganie za pomocą zmysłów. Uzbrajamy niejako zmysły nasze rozmaitemi przyrządami: oko mikroskopem lub teleskopem i t. p., dotyk wagą, ciepłomierzem, używamy całego arsenału rozmaitych —skopów i — metrów. Przedmioty badania przyspasabiamy najrozmaiciej, przecinamy, preparujemy, konserwujemy, zasuszamy, rozmiękczamy, rozpuszczamy, przekraplamy, wytrawiamy, zgęszczamy i t. p., słowem, badamy najrozmaitszemi sposobami, w najrozmaitszych okolicznościach.

Te badania szczegółowe dostarczają olbrzymiego, nieprzejrzanego materyału naukowego, który sam przez się jest bezładny, chaotyczny. Uporządkowanie tego surowego materyału jest pierwszem zadaniem właściwej umiejętności. Duch ludzki, logicznie i matematycznie porządkując ten materyał, uzyskany przez spostrzeżenia, dochodzi do wniosków przez porównywanie i zestawianie wyników szczegółowego badania. Nauka systematycznie układa uzyskany materyał i przez wnioskowanie czyni przypuszczenia o związku przedmiotów, wzajemnej ich zależności i o przyczynach zjawisk dostrzeganych.

Dalszym krokiem w badaniu umiejętnem jest sprawdzanie tych przypuszczeń czyli hipotez przy

pomocy umyślnie urządzonych doświadczeń, których pierwszym celem jest wykazanie przyczynowego związku zjawisk.

Umyślnie w pewnych celach urządzone doświadczenia mają przedewszystkiem tę niezmierną doniosłość, że badacz wprowadza w grę znane dokładnie czynniki a wyklucza ile możności działanie innych; tym sposobem może mieć przed sobą najprostsze zjawiska, które zbadać przez dostrzeganie jest nierównie łatwiej, aniżeli zjawiska wprost w przyrodzie napotykane.

Drugą, dla badania nie mniej ważną korzyścią umyślnego doświadczenia jest, że badacz do dokładnego spostrzegania może zupełnie należycie przygotować się i uzbroić, gdyż urządzając w pewnym celu doświadczenie z góry przewiduje, jakie zjawiska i jakiemi środkami badać wypadnie.

Nauki doświadczalne, jak widzimy, mają już wszelkie przymioty, by były zarazem naukami objaśniającemi i przez umyślne doświadczenia wskazujemy przyczynowy związek zjawisk a zbadawszy i objaśniwszy zjawiska prostsze, zyskujemy dane potrzebne, aby przystąpić do badania i rozjaśnienia zjawisk zawilszych.

To jest metoda, którą posługują się umiejętności przyrodnicze.

Olbrzymi i prawdziwy postęp w naukach lekarskich poczyna się dopiero odtąd, odkąd w tych naukach przyjęto i zastósowano w całej pełni przyrodniczą metodę badania, odkąd nie ograniczamy się na spostrzeganiu zjawisk, które przypadek nastręcza lekarzowi nieprzygotowanemu należycie do dokładnego i wszechstronnego spostrzegania i badania, lecz umyślnemi doświadczeniami, dokonywanemi na ustroju zwierzęcym sprowadzamy nierównie korzystniejsze dla badania stósunki.

Tak więc istnieje najściślejszy związek między naukami lekarskiemi a naukami przyrodniczemi. Nauki lekarskie wchodzą po prostu w zakres nauk przyrodniczych. Lekarz przedewszystkiem powinien być przyrodnikiem i nietylko znać jeden dział tych nauk, w którym właśnie pracuje, t. j. naukę lekarską, lecz powinien starać się ile możności objąć cały obszar nauk przyrodniczych. Każdy bowiem postęp w naukach przyrodniczych zbawiennie oddziaływa na rozwój nauk lekarskich i odwrotnie, zdobycze w dziedzinie nauk lekarskich wzbogacają i pogłębiają naszą wiedzę przyrodniczą.

Uznają to zarówno lekarze jak i przyrodnicy a dziś na wielu polach pracują wspólnie, łączą się w wspólnych towarzystwach naukowych, wspólne odbywają zjazdy i obrady.

Wykształcenie przyrodnicze jest podstawą wykształcenia lekarskiego, koniecznym warunkiem pracy naukowej w umiejętnościach lekarskich. Jedynie przez gruntowne studyum nauk przyrodniczych będą Panowie mogli zyskać umiejętną podstawę w obranym zawodzie lekarskim.

Pierwszem i najważniejszem zadaniem, które Panowie macie, jest przyswoić sobie przyrodniczą metodę badania: nauczyć się spostrzegać, na podstawie spostrzeżeń wysnuwać właściwe wnioski a przypuszczenia, do których dojdziecie przez wnioskowanie, sprawdzać przy pomocy doświadczeń i dalszych spostrzeżeń. Nie potrzebuję dodawać, że badacz musi być wolny od wszelkich uprzedzeń i z góry powziętych tendencyj.

Tę naukową, idealną stronę naszego zawodu popierać, do pracy naukowej Panów zachęcać i umiejętne Wasze usiłowania popierać uważam za swój najświętszy obowiązek nauczycielski.

Życzę Panom z całego serca najświetniejszego powodzenia w tej pracy naukowej! Oby Panom było danem, w niedalekiej przyszłości przez doniosłe zdobycze na polu nauk przyczynić się do postępu umiejętności na pożytek ludzkości i na chwałę Narodu — a tym sposobem opromienić światłem nauki naszą *Alma mater* i wskrzeszony na nowo Wydział lekarski lwowski. Przyszłość naszego Wydziału lekarskiego jest w rękach Panów. Naszem zadaniem jest wskazać Panom drogę do badań umiejętnych a Waszym obowiązkiem obywatelskim jest z prawdziwym zapałem dla nauki tą drogą kroczyć wytrwale i z wytężeniem wszystkich Waszych sił młodzieńczych!

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

4) Stan zdrowia matek, wydających na świat dzieci zakażone, z ojca kiłowego spłodzone. Odporność (*immunitas*) takich matek względem kiły.

W jednym z poprzednich rozdziałów dotknęliśmy już kwestyi zdrowia matek, płodzących z kiłowymi ojcami zakażone potomstwo; mianowicie zaś rozpatrując udział ojca w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu, przytoczyliśmy wiele spostrzeżeń, w których matki zostawały zdrowe i wolne od kiły pomimo tego, iż płodziły z kiłowymi ojcami potomstwo, zakażone kiłą dziedziczną. Wszyscy autorowie utrzymujący, iż kiła dziedziczna powstaje wskutek zakażenia jajka nasieniem kiłowem, oświadczają, iż w przeważnej liczbie przypadków matki pozostają nadal zdrowemi.

W innych znów przypadkach matka jednocześnie z zapłodnieniem nabywa też kiły; wtedy zarażenie matki następuje według zdania wielu autorów za pośrednictwem mianowicie nasienia kiłowego ojca (Johns[1]), Baerensprung[2]), Geigel[3]), Stowell[4]), Neumann[5]), Chambrelent[6]) i inni); w następstwie u matki podczas ciąży ukazują się rozmaite objawy, drugorzędnej kile właściwe; nadmienić tu jednak należy, iż przebieg kiły u matki wtedy różni się często od zwykłego, albowiem nie dostrzega się u nich pierwotnej zmiany. Oprócz tego niezawsze występują w zwykłym czasie wyraźne objawy na skórze i błonach śluzowych, lecz w niektórych przypadkach dopiero po upływie kilku miesięcy powstają bóle głowy i inne nerwo-

---

[1]) Dublin Journal of medical Science. 1854. November.
[2]) l. c. str. 50—51.
[3]) l c. str. 297.
[4]) Monatsh. f. prakt. Dermat. 1891. II. s. 167.
[5]) Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1892. 4. s. 613.
[6]) Gaz. hebd. médic. de Bordeaux. 1893. str. 317—319.

bóle, wypadanie włosów, upławy, wychudnienie i t. p. objawy; dopiero później przyłączają się zmiany swoiste na skórze i błonach śluzowych w postaci łuszczycy, wrzodziejących kłykcin i t. d. Niektórzy autorowie, jak o tem później dokładniej dowiemy się, twierdzą, iż matki zapłodnione przez kiłowych mężczyzn, zarażają się kiłą nie od ojca, lecz od płodu za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi.

Powracając zaś do matek, które będąc zapłodnione przez kiłowych mężczyzn i wydawszy na świat zakażone potomstwo, pozostają pomimoto zdrowe i wolne od wszelkiego zakażenia, musimy na wstępie zastanowić się nad pytaniem, czy takie matki należy uważać za rzeczywiście wolne od kiły, czy też tylko za pozornie zdrowe? oddawna bowiem dostrzeżono, iż matki, wydające na świat kiłowe dzieci spłodzone przez ojca kiłowego, wykazują odporność (*immunitas*) względem kiły i nie zarażają się wcale od swych kiłowych dzieci pomimo tego, iż karmią je i pozostają w ciągłej z niemi styczności. Po raz pierwszy zwrócił uwagę na odporność takich matek względem kiły Abraham Colles[1]); powiada on: *it is a curious fact that I have never witnessed nor ever heard of an instance in which a child deriving the infection of syphilis from its parents has caused an ulceration in the breast of its mother.* Następnie zaś dodaje, iż dziecko kiłowe, spłodzone przez zdrową matkę i kiłowego ojca, zwykle zaraża mamkę, matka zaś karmiąca sama swe dziecię, nigdy nie nabywa od niego kiły nawet wtedy, gdy u dziecka znajdują się objawy swoiste na ustach i języku: *one fact well deserving our attention is this that a child born of a mother who is without any obvious venereal symptoms and which without being exposed to any infection subsequent to its birth, shows this disease when a few weeks old this child will infect the most healthy nurse, whether she suckles, it or merely handle, and dress it; and yet this child is newer known to infect its own mother, even though, she suckles is while it has venereal ulcers of the lip and tongue* (l. c. str. 304). Baumès[2]) w następny sposób stwierdził przytoczone wyżej spostrzeżenie Collesa: powiada on, iż matka, będąc zapłodnioną przez kiłowego mężczyznę i nosząc w swem łonie zakażony płód, nie zakaża się wcale kiłą od swego dziecka podczas karmienia, chociaż choroba dziecka może łatwo udzielić się innym osobom z otoczenia. O odporności matek płodzących kiłowe potomstwo, przekonali się wkrótce Egan[3]), Mayr[4]), Diday[5]), Bednar[6]), de-Méric[7]), Engelstedt[8]), do których później dołączyli się Wolf[9]) i Gaudichier[10]) i wszyscy spółcześni syfilidologowie (Fournier, Zeissl, Lang, Kaposi i t. d.).

Przyczynę zaś wymienionej odporności matek upatrywał Diday w tej okoliczności, iż matki płodzące z mężczyzną kiłowym dzieci zakażone kiłą dziedziczną, są też zakażone, chociaż nie wykazują żadnych objawów swoistych; kiła u takich matek, zdaniem Didaya i Doyona[1]) jest w stanie utajenia; dzięki temu, iż przyrzut kiłowy przekształcił się i rozprowadzony przeniknął do ustroju matki, nie powstają u niej żadne wybitne zmiany kiłowe. Inni zaś autorowie (Behrend[2]), Barduzzi[3]), Finger[4])) zaprzeczając temu, iżby takie matki cierpiały na utajoną kiłę, mówią tylko o nabywaniu przez matki odporności względem kiły. Teorye Collesa i Baumèsa dokładniej wyłożone przez Didaya, stwierdzone zostały przez Hutchinsona[5]), który utrzymywał poprzednio, iż żona kiłowego męża płodząc z nim dzieci zakażone kiłą, w wyjątkowych tylko przypadkach nie zaraża się[6]); później zaś wypowiedział Hutchinson zdanie, według którego takie matki często pozostają pozornie zdrowemi i nie wykazują żadnych objawów kiłowych widocznych; ztąd jednak nie wypada wcale wnosić, iżby matki nie były zarażone, owszem przeciwnie a ustrój ich przesiąkł kiłą, brak zaś objawów kiłowych tłómaczy się zmianą własności przyrzutu kiłowego, który dostaje się wtedy w osłabionym stanie do ustroju matki (*foetal blood contamination*).

Późniejsze doświadczenia Casparego[7]), Neumanna[8]) i Fingera[9]), zdawało się, iż dostarczyły przekonywających dowodów dla usprawiedliwienia mniemania o niezawodnej odporności matek, płodzących z kiłowym mężczyzną zakażone potomstwo. Caspary zaszczepił w jednym przypadku wydzielinę kłykcin sączących zamężnej kobiecie, która spłodziwszy z kiłowym mężczyzną dziecię dotknięte kiłą dziedziczną, pozostała pomimo to nadal zdrową, wolną od wszelkich objawów kiłowych; szczepienie zostało bez skutku. Mając na względzie wymieniony rezultat doświadczenia oraz opierając się na klinicznych spostrzeżeniach co do żon kiłowych mężów, które poddane leczeniu przeciwkiłowemu, przestają wydawać na świat kiłowe potomstwo, natomiast płodzą dzieci zdrowe i wolne od kiły, przyszedł Caspary do wniosku, iż takie matki są tylko pozornie zdrowe i, chociaż nie wykazują żadnych widocznych objawów kiły, ustrój ich zakażonym jest kiłą, która wszakże z przyczyn niewyjaśnionych pozostaje w stanie utajenia[10]).

Neumann[11]) zrobił kilka przyżegań (*cauterisatio provocatoria*) pewnej matce, która spłodziwszy z kiłowym mężczyzną zakażone dziecię, pozostawała pomimo to wolną od kiły; nie otrzymał jednak skutku. Wtedy powtórzył on doświadczenie Casparego, lecz i tym razem bez skutku; powziął więc przekonanie, iż matka pozostając pozornie zdrową, musiała jednak być zakażona kiłą. Doświadczenia Neumanna powtórzył na trzech osobach Finger również bez skutku.

Z spółczesnych autorów twierdzi Blaise[11]), iż odporność i brak objawów kiłowych u matek, płodzących zakażone potomstwo z mężczyzną kiłowym, tłómaczy się w ten

[1]) Practical observations on the venereal diseases. London, 1837. str. 285.
[2]) Précis théor. et prat. des maladies vénériennes. Lyon. 1840. I. str. 180.
[3]) Dublin med. I. 1846. May Syphilitic diseases. London 1853. str. 310 i 317.
[4]) Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. der Aerzte. Wien. 1851. I. s. 171.
[5]) l. c. str. 284—285 i 290.
[6]) Krankheiten der Neugeborenen. Wien. 1853. IV. str. 241.
[7]) Lancet 1855. 17.
[8]) Ugeskrift for Laeger. 1876. XXI. 13. 14.
[9]) Zur Frage der paternen Infection bei Syphilis. Inaug. dissert. Strassburg. 1879.
[10]) Annales de dermatol. et de syphil. 1885. 2. s. 90—92.

[1]) Tamże. 1882. III. 5. s. 295. i następne.
[2]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1881. 8. 9.
[3]) Gior. ital. d. mal. veneree. 1887. 2.
[4]) Arch. f. Dermat. und syphilis. 1890. 3. str. 349.
[5]) On certain lesions etc., London. 1863. Aph. XV, XVI.
[6]) Medic. Times and Gazette. 1876. II. str. 643; 1877. I. s. 306.
[7]) Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis. 1875. s. 447—448.
[8]) Wiener medic. Blätter. 1883. 18. s. 589.
[9]) Allgem. Wiener medizin. Zeitung. 1885. 50. 51. s. 573, 589.
[10]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1881. 1. s. 36—37.
[11]) L'hérédité syphilitique. Paris. 1883. s. 65.

sposób, iż do ich ustroju dostaje się mała ilość przyrzutu chorobowego w postaci drobnoustrojów chorobotwórczych, które nie są w stanie wywołać wyraźnych zmian kiłowych.

Powyższe więc teorye, usiłujące wytłómaczyć odporność matek względem kiły, oparte są na przypuszczeniu, iż matki, płodzące z kiłowym mężczyzną zakażone potomstwo, są zawsze dotknięte kiłą, która wszakże może pozostawać utajoną i nie objawia się wtedy żadnym widocznym przypadem.

Przekonajmy się jednak, czy w istocie takie matki pozornie są tylko zdrowe i czy podobne teorye należycie są uzasadnione; w tym zaś celu rozpatrzmy dokładniej zarzuty, podnoszone przeciwko teoryi odporności takich matek względem kiły. Gamberini[1]) już dawniej zwracał uwagę na to, iż matki, płodzące z kiłowymi mężczyznami potomstwo zakażone dziedziczną kiłą, nieraz podczas karmienia zarażają się kiłą od własnego dziecka, i że pierwotny objaw kiłowy sadowi się u nich wtedy na brodawce piersiowej; Kassowitz[2]) powiada bardzo słusznie, iż niezdolność zakażenia się kiłą czyli t. zw. odporność względem kiły nie jest wcale równoznaczną z przesiąknięciem ustroju jadem kiłowym, które przypuszczać trzeba w przypadkach t. zw. ukrytej, utajonej kiły. Powiada on następnie, iż wtedy tylko mamy prawo przypuścić kiłę utajoną, jeśli ona może innym udzielić się lub też przekazać potomstwu; odporność zaś względem kiły udowodniona nawet doświadczeniem (Caspary, Neumann, Finger), wcale jeszcze nie świadczy o zakażeniu się kiłą. W istocie, dość często widzieć można najzdrowszych ludzi, którzy wykazują najzupełniejszą odporność względem kiły, pomimo że nigdy jej nie przebywali. Powszechnie znanym jest ciekawy przypadek osoby, której Ricord[3]) kilkakrotnie, lecz bez skutku usiłował zaszczepić kiłę; Sarrhos[4]) szczepił sobie 30 razy kiłę, nie zdołał jednak ani razu wywołać zakażenia. Rattier, Cullerier i Lalagadea d'Albi[5]) nie otrzymali także skutku po zaszczepieniu sobie kiły. Ciekawe też są w tym względzie spostrzeżenia Günzburga[6]); tyczyły się one 31 zdrowych kobiet, które pomimo, iż nie przebywały przedtem nigdy kiły i że w ciągu 395½ miesięcy wykarmiły 120 osesków, dotkniętych kiłą dziedziczną, nie zaraziły się od nich wcale kiłą. Nie upatrując bynajmniej w spostrzeżeniach Günzburga dowodu przeciwko zaraźliwości kiły dziedzicznej, musimy atoli przyjść do wniosku, iż przeważna ilość kobiet karmiących cudze dzieci kiłowe, wykazywać może taką samą odporność względem kiły, jaką napotykamy niekiedy u matek płodzących potomstwo kiłowe; wyłączając zaś możliwość istnienia kiły utajonej u wszystkich 130 mamek, musimy przypuszczać, iż zdrowe i wolne od kiły osoby bywają często odpornemi względem kiły; odporność taka nie stanowi więc niezawodnego znaku obecności kiły. Co się zaś tyczy doświadczeń Casparego, Neumanna i Fingera, to one także nie dowodzą utajonej kiły u poddanych szczepieniu osób.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Arch. f. Dermatol. und syphilis. 1870. str. 110.
[2]) Jahrb. f. kinderheilkunde. 1884. XXI. 1/2. str. 91—93.
[3]) Huebenett Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis. Leipzig. 1859. str. 9.
[4]) De la syphilis primitive. These. Paris. 1853.
[5]) Patrz u Krówczyńskiego (Syfilidologia. 1883. str. 74).
[6]) Oesterreich. Jahrbuch. f. Paediatrik. 1872. II. str. 156.

III. Oceny i sprawozdania.

Surowica krwi w leczeniu błonicy.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Odkąd bakteryologia, opierając się na badaniach chemii organicznej, zajęła wybitne miejsce w szeregu doświadczalnych nauk biologicznych, praktyczne zastósowanie jej zdobyczy w celach leczniczych stało się przedmiotem mnóstwa usiłowań. W ciągu ostatnich lat wre gorączkowa praca w tym względzie we wszystkich niemal pracowniach bakteryologicznych obu Światów. Dokładne poznanie żywotnych własności drobnoustrojów chorobotwórczych i ich stósunku do ustroju zwierząt wyższych i człowieka dało możność ocenienia tego zasobu sił żywotnych, jakiemi rozporządza on w walce z tymi mikroskopijnymi wrogami, czyli tak zwanej odporności ustroju wobec chorób zakaźnych. Osłabić siłę zarodka z jednej strony, z drugiej zaś powiększyć środki obrony w zagrożonym organizmie, oto ogólna podstawa leczenia racyonalnego chorób zakaźnych. Pozostawimy na uboczu szereg metod, powstałych w ciągu lat ostatnich a opartych na tych głównych wskazaniach leczniczych, i przejdziemy do tej, która w ciągu miesiąca, od czasu dwu ostatnich zjazdów lekarskich, międzynarodowego higienicznego w Peszcie i zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Wiedniu, tak wielkie wzbudziła zajęcie w całym świecie cywilizowanym.

Zastósowanie lecznicze surowicy krwi zwierząt, u których sztucznie wywołano odporność względem pewnej postaci zakażenia, w celu leczenia tego zakażenia u innych zwierząt, stanowi zasługę Behringa i Kitasaty[1]). Badacze ci prawie jednocześnie i niezależnie jeden od drugiego, wobec doświadczenia z odmiennymi nawet drobnoustrojami, pierwszy z nich z laseecznikami błonicy, drugi z laseecznikami tężca, wykazali, że surowica krwi zwierząt uodpornionych sztucznie posiada własności antytoksyczne, t. j. działa niszcząco na jad danego zarodka, nadto, że własności te są tak trwałe, iż zachowują swą siłę po wprowadzeniu surowicy do ustroju innego zwierzęcia. Surowica krwi zwykła zwierząt nieodpornych nie ma działania antytoksycznego i po zakażeniu zwierzęcia tą lub inną postacią bakteryj chorobotwórczych można wykazać nawet po śmierci we krwi jad swoisty, stanowiący produkt czynności tych drobnoustrojów.

Od roku 1890. prowadzi Behring wraz z współpracownikami w Berlinie doświadczenia na wielką skalę, początkowo na zwierzętach a potem i na ludziach nad działaniem leczniczem i ochronnem w błonicy surowiczej krwi zwierząt immunizowanych; od roku 1891-go rozpoczął obszerne badania w tym samym przedmiocie Roux w Paryżu. Wyniki nader ścisłych obserwacyj przedstawili oni na obydwóch wymienionych powyżej zjazdach. Jakkolwiek badań tych nie można uważać za skończone, wyniki tej metody leczniczej u dzieci są tak pomyślne, że zachęcają do jaknajobszerniejszych i pilnych prób dalszych.

Przygotowanie zwierząt w ten sposób, aby mogły dostarczać surowicy leczniczej, stanowi postępowanie długie i dość złożone.

Pierwszą rzeczą jest otrzymanie dostatecznej ilości jadu błoniczego odpowiedniej mocy; w tym celu hodowle bulionowe laseczników błoniczych Löfflera, hodowane w cią-

[1]) Prof. Ogata z Tohio w Japonii upominał się w swoim czasie o pierwszeństwo wynalazku terapii surowiczej, twierdząc, że myśl tę podał on pierwszy wspólnie z Jasucharą. Rzeczywiście robili oni doświadczenia nad działaniem krwi zwierząt o odporności wrodzonej na zakażenie wąglikowe; być więc może, iż badania te jakkolwiek nieudatne, mogły poddać myśl Behringowi do zastósowania jego *„Serumtherapie"*.

gu kilku tygodni do miesiąca w ciepłocie termostatowej 37° C., przesącza się przez filtr Chamberlanda, przez co oddzielają się nagromadzone masy laseczników od płynu czystego, zawierającego wytwory chemiczne ich przemiany materyi, czyli t. zw. toksyny, które stanowią właściwą siłę działającą hodowli. Toksyny te przedstawiają materyał do kolejnych szczepień w celu wywołania u zwierzęcia sztucznej odporności na błonicę. Pierwotnie używano w tym celu hodowli laseczników *in toto,* lecz obecnie zastąpiono je przefiltrowanemi hodowlami, nie zawierającemi wcale żyjących drobnoustrojów; ma to oprócz wielu innych tę ważną stronę korzystną, że pozwala na przybliżone przynajmniej dawkowanie używanych toksyn. Rzecz prosta, zupełnie ścisłe oznaczanie siły jadu jest tu niemożliwe, gdyż zawsze wchodzą tu w grę indywidualne własności hodowli, dzięki którym pomimo najzupełniej równych stósunków termicznych i czasowych, w jakich się znajdują, jakość wytworzonych w nich toksyn różnić się może dość znacznie.

Szczepienie początkowe różni badacze wykonywali rozmaicie. Obawiając się zbyt mocnego działania jadu czystego w małych nawet dawkach, próbowano różnymi środkami osłabić jego moc. W tym celu C. Fraenkel ogrzewał toksyny do 70°C., Roux i Nocard dodawali nieco jadu w postaci płynu Grama (w stósunku 1:4), Behring pierwotnie osłabiał je dodaniem trójchlorku jodu (Cl_3J), obecnie zaś stósuje od samego początku zupełnie czyste, zaczynając od dawek bardzo małych. W ten czy ów sposób rozpoczęte szczepienie w postaci wstrzykiwań podskórnych, powtarzanych co dni kilka, przechodzi stopniowo w szczepienie toksyny czystej, której dawka, stopniowo zwiększana, dochodzi wreszcie do ilości ogromnych, jakie początkowo byłyby bezwzględnie śmiertelne.

Jakiem kryteryum kierować się należy w ocenie wielkości dawki toksyny? Mówiąc w ogólności, jest ona w prostym stósunku do wagi zwierzęcia doświadczanego, za jednostkę zaś dawki trującej przyjmuje się zwykle tę ilość toksyny, która zabija świnkę morską (średniej wagi 500 grm.) w ciągu 48 iu godzin, co wynosi zwykle $^1/_{10}$ cm. sześć. czystej toksyny (t. zw. toksyna normalna). Na zasadzie tej jednostki toksycznej określa się stopień uodpornienia zwierzęcia czyli siłę immunizacyjną jego surowicy krwi.

Siła ta oznacza się liczbą, przedstawiającą stósunek wagi zwykłej świnki morskiej do tej ilości surowicy leczniczej, która, wstrzyknięta poprzednio, jest w stanie uczynić nieszkodliwą dawkę śmiertelną toksyny, zadanej w 12 godzin później. Jeżeli więc naprzykład oznaczamy siłę danej surowicy na 10000, to znaczy, że ona w ilości $^1/_{10000}$ wagi zwierzęcia zobojętnia śmiertelną dlań dozę toksyny. Niedawno podali Ehrlich i Behring inną miarę jednostki uodpornienia: według niej za normę uważa się 0·1 cm³ takiej surowicy, która zobojętnia 0·9 cm³ toksyny normalnej. Jeden więc centymetr sześcienny tej mięszaniny wstrzyknięty pod skórę nie powinien wywołać u świnki morskiej żadnych objawów miejscowych ani ogólnych.

Co się tyczy wyboru zwierząt, mających służyć do immunizacyi, to zdaniem Behringa siła uodporniająca surowicy zostaje w prostym stósunku do wrażliwości zwierzęcia na zakażenie błonicze: czem łatwiej ulegają one temu zakażeniu, tem mocniejszem jest działanie antytoksyczne ich surowicy. Do zwierząt bardzo wrażliwych na błonicę należą owce, kozy, psy, krowy. Tu jednakże ze względów praktycznych należy mieć na uwadze i wielkość zwierzęcia, aby módz otrzymywać odrazu większe ilości krwi. Z tego względu Roux i Nocard wyłącznie prawie używają w tym celu koni, które jakkolwiek są znacznie mniej wrażliwe na błonicę, dostarczyć mogą ogromnych ilości surowicy o sile immunizacyjnej 100000 i wyżej, mającej nadto wielkie zalety pod względem szybkości wchłaniania z tkanki podskórnej po injekcyi i nie sprawiającej podrażnienia. Krowy byłyby bardzo odpowiedniemi dostarczycielkami surowicy, gdyby nie zbytnia ich wrażliwość na jad, wskutek czego samo przeprowadzenie u nich uodpornienia jest nader kłopotliwe i długie. Doprowadzenie konia do wysokiego stopnia immunizacyi wymaga długiego czasu, częstokroć roku, dwóch lat i więcej, zanim otrzyma się dostateczną siłę (koło 100000).

Ciekawą nader jest kwestya, na czem właściwie polega działanie surowicy na toksynę zarazka. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że wstępują one w pewien ze sobą związek i w ten sposób znosi się działanie swoiste jadu. Widzieliśmy powyżej, że jedna część surowicy zmięszana z 9 częściami toksyny stanowi płyn obojętny, którego wstrzyknięcie śwince nie sprawia nawet obrzęku zapalnego. Możnaby więc sądzić, iż cała toksyna została zniszczona; tak jednakże nie jest.

Surowica lecznicza nie jest antytoksyczną w ścisłem znaczeniu, gdyż pozostawia toksynę nietkniętą. Przekonać się o tem można z łatwością, szczepiąc ową mięszaniną surowicy z toksyną (1:9) nie świnkom zdrowym, lecz już osłabionym przez poprzednie szczepienie toksyn innych drobnoustrojów, lub też zwierzętom o innym stopniu wrażliwości na błonicę, n. p. królikom. Wtedy równowaga pomiędzy oddziaływaniem każdej z 2 części mięszaniny zostaje naruszoną i zwierzę ulega zakażeniu błoniczemu. Jedynie więc zrozumieć będziemy mogli te zjawiska, przyjmując za podstawę działanie surowicy na komórki ustroju, na które wywiera ona wpływ drażniący i podniecający. Przypuszczenie to potwierdzają badania Gabriczewskiego nad fagocytozą w zapaleniu błoniczem.

Poznawszy sposób otrzymywania surowicy leczniczej drogą stopniowego uodpornienia zwierząt na jad błonicy, przejdziemy do jej zastósowania leczniczego, które można zużytkować w dwojakim względzie: 1) w celu leczenia już rozwiniętego zakażenia, 2) w celu zapobiegawczym przed jego powstaniem.

Morskie świnki i króliki, którym zaszczepiono hodowlę laseczników błonicy do tchawicy po zastrzyknięciu surowicy, nie ulegają wcale zakażeniu lub też przebieg jego jest lekki i trwa krótko. Zależy to od ilości wstrzykniętej surowicy. Jeżeli zaś ilość ta nie jest wystarczająca, to zakażenie powstrzymane początkowo na czas jakiś przebiega dalej skrycie i zwierzę ginie wśród objawów charłactwa.

Szczepienia lecznicze surowicy po rozwinięciu się zakażenia wymagają znaczniejszych ilości surowicy i to tem większych, im dłuższy przeciąg czasu upłynął od chwili zakażenia. Tak naprzykład z 4-ch królików, którym zaszczepiono błonicę do tchawicy jednocześnie, pierwszy bez leczenia padł w $2^1/_2$ doby, drugi w pół godziny po zaszczepieniu otrzymał 2 cm³ surowicy pod skórę i po upływie 4-ch dni wyzdrowiał zupełnie, trzeciemu w 6 godzin po zakażeniu wstrzyknięto 5 cm³ surowicy także z dobrym skutkiem, wreszcie do uratowania czwartego, któremu zastósowano surowicę dopiero w 24 godziny po infekcyi, trzeba było 10cm³ tego środka.

Roux i Yersin zwrócili uwagę na tę postać błonicy, odznaczającą się szczególnie ciężkim przebiegiem, która zależy od zakażenia mięszanego dwoma gatunkami drobnoustrojów, lasecznika błonicy i streptokoka. Rzeczywiście w przypadkach takich, wywołanych sztucznie u zwierząt przez zaszczepienie mięszaniny hodowli obydwóch tych drobnoustrojów, wyleczenie surowicą było o wiele trudniejsze i wymagało powtarzania po kilka razy wstrzykiwań surowicy; przytem zwierzęta, leczone w 12 godzin po zakażeniu, pomimo wysokich dawek surowicy ginęły zawsze.

Przechodząc do wyników, otrzymanych w leczeniu ludzi, zatrzymamy się dłużej nieco na danych, przedstawionych przez Rouxa, którego statystyka, oparta na najliczniejszym dotychczas materyale dokładnych obserwacyj, stanowi ważną illustracyę wartości tej metody leczniczej. Poczynając od Lutego r. b. do ostatnich dni Lipca stósował on w szpitalu des Enfants Malades w Paryżu wstrzykiwania ochronne surowicy w 448 przypadkach; po odtrąceniu ztąd wszystkich przypadków niebłoniczych, lub takich, któ-

re zmarły zaraz po przybyciu do szpitala, pozostaje 300, w których błonicę wykazano mikroskopowo i bakteryologicznie, leczonych surowicą krwi antydyfteryczną. Z tej liczby zmarło 78, co stanowi 26%. Jeżeli porównamy ze średnią śmiertelnością z innych lat w tym szpitalu, wynoszącą 51% i z odsetką śmiertelności przez ten sam przeciąg czasu w drugim szpitalu dla dzieci (Trousseau), dochodzącą do 60%, to wynik rzeczywiście znakomity.

Potrzebną ilość surowicy otrzymał Roux z koni uodpornionych na błonicę w sposób powyżej opisany. Zebrany materyał przechowuje on w ciemnych butelkach wyjałowionych w stanie zupełnie czystym, nie dodając doń żadnych ciał obcych. Behring w celu zapobieżenia zepsuciu, dodaje 0·5% karbolu, co nie wpływa niekorzystnie na własności surowicy. Żadnych zgęszczeń otrzymanej surowicy Roux nie poleca robić, uważając preparat zupełnie świeży za najodpowiedniejszy do szczepień.

Wszystkim dzieciom wstępującym do oddziału błoniczego wstrzykuje on podskórnie 20 cm³ surowicy, która ulega wessaniu nadzwyczaj szybko bez oznak podrażnienia zapalnego, jeżeli wykonanie było czyste. Jeżeli badanie bakteryologiczne błon i wydzieliny nie wykaże laseczników błonicy, dziecko więcej injekcyj nie dostaje i po paru dniach obserwacyi wypuszcza się je do domu. Pomimo pobytu pośród chorych na błonicę nie było przypadku, ażeby dziecko takie zaraziło się, co dobrze świadczy o wartości ochronnej szczepienia. Dzieci, u których wykryto błonicę, otrzymują w 24 godzin po pierwszem drugie wstrzyknięcie surowicy, 10—20cm³, co zazwyczaj już wystarcza i wkrótce potem następuje zwrot ku lepszemu; jeżeli zaś ciepłota i tętno pozostają jeszcze podniesione, to następuje trzecia injekcya w tej samej ilości. Najmniejsza ilość użytej surowicy wynosiła 20 cm³, najwyższa 115 cm³, co stanowiło $^1/_{1000}$—$^1/_{100}$ ich wagi. Niekiedy w okresie ozdrowienia pojawia się wysypka, podobna do pokrzywki. Komplikacye następowe po błonicy pojawiają się nadzwyczaj rzadko po terapii surowiczej. Z pomiędzy oddzielnych postaci błonicy najgorsze wyniki dały przypadki tracheotomowane, powstałe skutkiem zakażenia mięszanego lasecznikiem błonicy ze *streptococcus*; śmiertelność tu doszła do 57%, lecz i w tych przypadkach widać wpływ korzystny leczenia surowicą, jeżeli porównać z odsetką tych przypadków, dawniej wynoszącą 80%. Drugiem dobrodziejstwem tego leczenia jest znaczne zmniejszenie liczby tracheotomij, które, zdaniem Rouxa, przy stósowaniu terapii surowiczej w przeważnej liczbie przypadków można będzie zastąpić przez intubacye. Ten ostatni rękoczyn stanowić będzie z czasem uzupełnienie leczenia błonicy surowicą.

Podobnież pomyślnie przedstawiają się wyniki Behringa (68% wyzdrowień) i Canona (75% wyzdrowień).

Nową metodę leczniczą zbyt krótko jeszcze stósowano, aby można było o jej wartości wyrokować stanowczo. Dotychczasowe wyniki na ludziach, pomijając już doświadczenia laboratoryjne, nadzwyczaj przemawiają na jej korzyść. Wprawdzie świat lekarski, sparzywszy się boleśnie przed czterema laty na tuberkulinie, niedowierzająco patrzy teraz na wszelkie nowe metody leczenia, lecz już na pierwszy rzut oka łatwo widzieć cechy różniące zasadniczo obie te metody, przeciwgruźliczą i przeciwbłoniczą. Przedewszystkiem tam ciągle błądziliśmy po omacku, *in verba magistri* wstrzykiwaliśmy chorym coś, nie wiedząc, ani co to jest, ani jak działa; tu przeciwnie od samego początku mamy sprawę postawioną zupełnie jasno i naukowo. Każdy lekarz ma możność sprawdzenia wyników Behringa, Rouxa i innych i przedsięwzięcia na własną rękę doświadczeń i szczepień. A jeżeli gdzie, to w nauce przedewszystkiem jawność i wspólność pracy stanowi zasadniczy warunek postępu. Dlatego też od ogółu lekarzy, od ich współdziałania w jednej z bardziej palących kwestyj lecznictwa zależy ocenienie nowej idei i wydobycie z niej korzyści dla ludzkości.

Patologia.

Zdzisław Dmochowski i Władysław Janowski: **O działaniu ropotwórczem oleju krotniowego. Przyczynek do teoryi powstawania ropienia.**

Przy sposobności swoich badań nad działaniem ropotwórczem laseczników tyfusowego chcieli autorowie zrobić tkankę podskórną psa podłożem dogodniejszem dla rozwoju tego laseczników przez podrażnienie jej olejkiem krotniowym; ku wielkiemu swojemu zdziwieniu wstrzyknąwszy 0.5 roztworu olejku krotniowego 1 : 20 oliwy w miejsce oczekiwanego podrażnienia tkanki otrzymali wielki ropień. Badanie bakteryologiczne i mikroskopowe nie wynalazło żadnych pasożytów ani w ropie ani tkankach sąsiednich. Ta niezwykła okoliczność, że olej krotniowy wywołał zamiast przekrwienia skóry z następową zgorzelą (jak to już dawno wykazał Janowski i inni) — ropień, zachęcił autorów do wykonania 49 doświadczeń z wyjałowionemi roztworami oleju krotniowego w oliwie w różnej koncentracyi.

Do szczepień używali autorowie metody Straussa, zmodyfikowanej i opisanej poprzednio przez Janowskiego (1889), używali stale tego samego oleju i wstrzykiwali zawsze 0.5 roztworu, zmieniając tylko koncentracyę.

Ropnie otwierano z ostrożnościami aseptycznemi i poddawano badaniu bakteryologicznemu i drobnowidowemu. Roztwory, zaczynając od 1 : 16 aż do 1 : 100 wywoływały ropienie bez udziału pasorzytów. Ropienie nie występuje jednak u psów stale. Zdarzały się zapalenia o wiele słabsze od ropnego, charakteru surowiczego, ustępujące po pewnym czasie bez śladu; w innych razach zmiany w tkance były tak znaczne, że skóra wypadała całymi kawałami; średnie koncentracye wywoływały ropienie z domieszką krwi.

Jest to okoliczność teoretycznie niezmiernie ważna, że ropienie jest objawem odczynu na podrażnienie bodźcem, który użyty w mniejszej ilości wywołuje tylko obrzęk surowiczy tkanki, gdy większa ilość zabija tkankę odrazu. Ropienie więc nie jest odczynem swoistym tkanki na pewne również swoiste bodźce, jest tylko odczynem ustroju na pewne stopnie podrażnienia tkanek związkami chemicznymi, bez względu na ich pochodzenie pasorzytnicze czy sztuczne.

Przy mocnych roztworach oleju krotniowego nie dochodzi do ropienia z powodu zbyt szybkiego wystąpienia zgorzeli; skóra wypada, zanim dojdzie do ropienia, to jest rozpuszczenia obumarłej tkanki przez ciałka białe, własności zaś chemotaktyczne oleju występują zawsze bardzo wyraźnie.

Ostateczne wnioski pracy są:

1) Olej krotniowy sprawia w tkance podskórnej u psów różne stopnie zapalenia, stósownie do stężenia, w jakiej go użyto.

2) Mocne roztwory oleju krotniowego w oliwie (1 : 5 i 1 : 10) wywołują u psów zgorzel skóry z zapaleniem krwawo-surowiczem i olbrzymiem nacieczeniem tkanki podskórnej dokoła w znacznym obszarze.

3) Ropienie pod wpływem tej mocy roztworów oleju krotniowego nie powstaje dlatego, że zanim do niego dojść by mogło, następuje zgorzel skóry, zmuszająca do przerwania doświadczenia dla możności zakażenia z zewnątrz.

4) Jednym ze stopni zapalenia, wywoływanego przez sam olej krotniowy bez udziału pasorzytów, jest zapalenie ropne. Powstać ono może pod wpływem roztworów jego 1 : 16 do 1 : 100. Jednakże roztwory te mogą u niektórych psów wywołać również zgorzel skóry i tkanki podskórnej a to na skutek zmiennej wrażliwości tkanek na jednakowe bodźce u różnych indywiduów, niezależnie od ich wielkości, wieku, odżywiania i t. d.

5) Mocne i średnie roztwory oleju krotniowego mają własność nadawania charakteru krwawego zapaleniu tkanki podskórnej u psów.

6) Słabe roztwory oleju krotniowego w oliwie (od 1:80) mogą wywoływać w tkance podskórnej u psów rychło prze-

mijające zapalenie surowicze z naciekiem ograniczonym w postaci mniejszego lub większego guzika.

7) U królików roztwory oleju krotniowego 1:30 i 1:60 wywołują łagodne ropienie, stósunkowo późno, bo około 15. dnia występujące. *(Pamiętnik Tow. lek. warsz.* Tom 99. Zeszyt 2. 1894). *Dr. A. Śmiechowski.*

Chirurgia.

N. Szczegolew. **Badania nad wpływem laparotomii na zapalenie gruźlicze otrzewnej.**

Pomimo, iż wykazano klinicznie niewątpliwie korzystny wpływ laparotomii na przebieg gruźliczych zapaleń otrzewnej, mimo, że coraz więcej uznania zyskuje leczenie operacyjne tego cierpienia, dotychczas nie wyjaśniono, w jaki sposób wpływa sama operacya na powstrzymanie sprawy chorobowej i jaką drogą następuje *restitutio ad integrum* w zmienionej otrzewnej. W celu wyjaśnienia tych kwestyj wykonał autor w pracowni prof. Strausa w Paryżu szereg doświadczeń na psach, u których wywoływał zapalenie gruźlicze przez wstrzykiwanie do otrzewnej czystych hodowli laseczników, poczem w różnych odstępach czasu wykonywał u nich laparotomią. Razem zaszczepił on gruźlicę 22 psom, z których 10 następnie operował, 12 zaś pozostawił dla kontroli bez operacyi; wszystkie te zwierzęta służące do kontroli padły w ciągu 22—34 dni po zakażeniu. Dawka, jakiej używał do injekcyi, wynosiła 0,2—0,25 cent. sz. hodowli laseczników gruźliczych w bulionie glicerynowym; większe ilości zabijały zbyt rychło.

Obraz patologiczno anatomiczny powstałych w ten sposób zapaleń otrzewnej przypominał bardzo ostrą gruźlicę otrzewnej u człowieka; wysięk znajdował się prawie zawsze, otrzewna jelitowa zajęta była zawsze więcej, niż ścienna. Największe zmiany przedstawiała sieć, w której można było znaleść mnóstwo ognisk zserowaciałych. Z innych narządów najwybitniejsze zmiany występowały w śledzionie i płucach. Badanie mikroskopowe ognisk chorobowych wykazywało obecność laseczników; szczepienie ich cząstek innym zwierzętom wywoływało również zmiany gruźlicze. Wszystkie psy laparotomowane żyły dłużej, niż psy, które służyły do kontroli; różnica ta wynosiła 7 (najmniej) do 20 dni (najwięcej). Zwierzęta te po operacyi poprawiały się bardzo rychło, nabierały apetytu, zyskiwały na wadze, lecz poprawa ta nie u wszystkich była stała. Niektóre z nich wkrótce potem znów zapadały i padały po jakimś czasie.

Zależało to od okresu rozwoju sprawy chorobowej, w którym wykonano operacyę. Z 10 psów operowanych 6 padło na gruźlicę ogólną w 16—30 dni po operacyi; pozostałe 4 wyzdrowiały a zabito je w kilka miesięcy potem.

Zmiany znalezione na sekcyi u psów padłych w jakiś czas po laparotomii przedstawiały wysoki stopień sprawy gruźliczej i różniły się od obrazu zmian u psów, padłych bez operacyi, obecnością licznych i mocnych zrostów, będących następstwem wytwórczego odczynu zapalnego. Tej właśnie reakcyi pod względem produkcyjnym przypisuje autor nadzwyczaj ważną rolę w sprawie gojenia się zmian gruźliczych. Inaczej przedstawiał się stan narządów jamy brzusznej u psów, które po operacyi poprawiły się zupełnie i w jakiś czas dopiero zostały zabite. Liczne gruzełki, obserwowane przy operacyi, znikły z otrzewnej zupełnie; zarówno nie można było spostrzedz ich gołem okiem w sieci i innych organach. Dopiero badanie mikroskopowe mogło wykryć gdzieniegdzie gruzełki, w sąsiedztwie których widać było oznaki żywego odczynu tkankowego w postaci młodej tkanki łącznej, nader bogatej w komórki wrzecionowate, z bardzo małą ilością tkanki włóknistej międzykomórkowej, która stopniowo dopiero wraz ze znikaniem tworów patologicznych rozwijała się coraz obficiej. Wywody badań swoich streszcza autor w sposób następujący:

1) Gruźlicze zapalenie otrzewnej u psów, które należy uważać za zwierzęta dość wrażliwe na gruźlicę, może być wyleczone przez laparotomię,

2) Wyleczenie to jest możliwe tylko w okresie wczesnym choroby; w późniejszych okresach laparotomia nie sprowadzi wyzdrowienia, lecz czasową tylko poprawę, mogącą przedłużyć życie.

3) W sprawie zaniku wytworów gruźliczych w otrzewnej po laparotomii rolę główną gra odczyn zapalny, wyrażający się naciekiem komórek zarodkowych, fagocytozą i rozwojem młodej tkanki łącznej. Odczyn taki u zwierząt nieoperowanych jest za słaby, aby mógł powstrzymać rozwój sprawy chorobowej. Dopiero pod wpływem pewnych czynników fizycznych, stanowiących następstwo laparotomii, reakcya zyskuje na sile; tkanki, otaczające ognisko gruźlicze, ulegają coraz większemu naciekowi komórkowemu, które wytwarza prawdziwą baryerę naokoło ogniska; komórki te występują do walki z lasecznikami i po zniszczeniu ich organizują się w tkankę łączną, ulegającą z czasem przemianie włóknistej, wytwory zaś gruźlicze zostają wessane.

4) Dobroczynny więc wpływ laparotomii polega na pewnej sumie współdziałających czynników, stanowiących bezpośrednio jej następstwo, a więc: podrażnienia mechanicznego, wpływów termicznych, dostania się powietrza do otrzewnej, wreszcie, być może, i działania światła, co razem wzięte zwiększa reakcyę zapalną w chorej otrzewnej.

5) Wypuszczenie dokładne wysięku nie stanowi, jak twierdził Vierordt i inni, przyczyny wyłącznej wyzdrowienia (w każdym razie jednak jest jednym z czynników ważniejszych w tej sprawie. Przyp. sprawozd.). W doświadczeniach autora najpomyślniej kończyły się te właśnie przypadki, w których podczas operacyi nie znaleziono wysięku w jamie otrzewnej. *(Archives de médecine expérim. et d'anatom. pathol.* 1894. Nr. 5. Septembre). *Dr. Kryński.*

Zapiski terapeutyczne.

— W. Sękowski (w Wilnie): O zatruciu kwasem karbolowym w skutek przestrzykiwania pochwy. W przypadku przewlekłego zapalenia błony śluzowej macicy o wydzielinie ropnej z rozległem nadżarciem obu warg części pochwowej, w którym dla odkażenia używano do przepłukiwania naprzód sublimatu, zastósowano kilka razy 3% kwas karbolowy, przyczem dostrzeżono, iż znaczna część użytego do przestrzykiwania płynu pozostawała w pochwie i dopiero za stósownem uciśnieniem międzykrocza palcami wydobywała się na zewnątrz. Podczas wyskrobywania macicy w uśpieniu i z kilkokrotnem przepłukiwaniem macicy 2% kwasem karbolowym, chora nie uskarżając się na ból, kilka razy bladła, słabła, wydawała się bliską omdlenia, przyczem tętno malało. Wino i środki trzeźwiące usunęły te przypady. Trzeciego dnia po operacyi przestrzyknięto znów pochwę 2% kwasem karbolowym a w 15 do 20 minut potem doniesiono, że chora zemdlała. W jednej chwili stała się ona nieprzytomną, zbladła, leżała nieruchomo; oddech ciężki, w nogach i rękach drgania, szczękościsk, z ust wylewa się obficie ślina, powieki zamknięte, źrenice zwężone nie oddziaływają na światło. Na całym obszarze klatki piersiowej mnóstwo rzężeń, uderzenia serca słabe, nieregularne, tętno nitkowate, nierówne często niknie zupełnie. W pochwie około 100 gramów użytego do przestrzykiwania płynu, który zaraz wydalono. Mocz cewnikiem wypuszczony był barwy ciemnej, oliwkowo-zielonej. Do ratowania użyto podskórnie kamfory w eterze a w lawatywie siarkanu sodowego a gdy te środki zawiodły, zadano również podskórnie *coffeinum natrio-benzoicum.* Ponieważ oskrzela tak się przepełniły, iż chora prawie się dusiła, ułożono ją na boku łóżka ze zwieszoną głową, poczem zaczął się wylewać z ust obficie płyn lepki, śluzowy. Po wydobyciu palcami z ust jeszcze wielkiej ilości śluzu i wśród rytmicznych pociągań języka, chora zaczęła oddychać nieco lepiej, gdy kurcze w odnogach występowały coraz częściej i dłużej i stawały się prawie tonicznemi. Po przystawieniu pijawek za

uszyma, chora zaczęła oddychać coraz lepiej, objawy zatrucia ustępowały powoli a około 5. rano, t. j. w 7 godzin po ostatniem przestrzykaniu pochwy kwasem karbolowym, chora odzyskała zupełnie przytomność i powoli w następnych dniach przychodziła do siebie. Mocz, który jeszcze 5-go dnia wykazywał kwas karbolowy, powoli również wracał do prawidła.

Przeglądając piśmiennictwo, znalazł autor tylko dwa przypadki zatrucia po przepłukiwaniu pochwy roztworem kwasu karbolowego; obydwa zakończyły się wyzdrowieniem.

Autor zastanawiając się nad tem, gdzie nastąpiło wessanie kwasu karbolowego w jego przypadku, oświadcza, iż to stało się wprost z pochwy, dowodzi, iż stać się to nie mogło ani z wnętrza macicy ani przez dostanie się płynu przez jajowody do jamy otrzewnowej, powołuje się w tym względzie między innymi na Jasińskiego w Paryżu i Jerzykowskiego w Poznaniu a ostateczną przyczynę zatrucia widzi w pozostawieniu przez felczera po przestrzykaniu znacznej ilości płynu w pochwie. Wessanie ztąd wystarczyło do ciężkiego zatrucia w organizmie niedokrewnym, osłabionym i, jak się już przedtem pokazało, mającym idosynkrazyę względem kwasu karbolowego. Dlatego jest autor zdania, żeby podczas przestrzykiwania części rodnych kwasem karbolowym uważać na tętno, oddychanie i t. d. i nie używać tego środka w ostrej niedokrewności. Pod względem objawów zatrucia zwraca autor uwagę na drgawki kloniczne. *(Gazeta lekarska* Nr. 42. 1894).

Nowsze leki. Antyseptol czyli jodosiarkan cynchoninowy, złożony w zmiennym stósunku z węgla, wodoru, tlenu, azotu, siarki i jodu, jestto proszek lekki, czerwonawy, nie rozpuszczający się w wodzie, rozpuszcza się w wyskoku i chloroformie. Zawiera koło 50% jodu i dlatego zalecano go, wszakże bez rzeczywistej potrzeby, w miejsce jodoformu.

Lizydyna. Tem mianem oznaczone przez Ladenburga połączenie chemiczne, jestto etyleno-etynelodiamin już przez A. W. Hofmana otrzymany. Lizydyna stanowi substancyę krystaliczną, barwy czerwonawej, wydającą woń podobną do woni myszy, rozpuszczającą się łatwo w wodzie i stanowiącą pięć razy od piperacyny mocniejszy rozczynnik kwasu moczowego. Doświadczenia z tym środkiem w klinice Gerhardta w Berlinie wykazały w jednym przypadku, iż lizydyna zadana w wodzie sodowej w stósunku 1·00—5·00 na dzień w 500 gramach płynu zadziałała bardzo korzystnie na napad dny, w drugim zaś przypadku zmniejszyła znacznie guzy dnawe i poprawiła ruchomość w stawach. Nie widziano wszakże po zadaniu lizydyny zwiększenia się kwasu moczowego, jak również nie dostrzeżono żadnych nieprzyjemnych skutków ubocznych. *(Münchener med. Wochenschft.* 16. Października 1894).

— W oparzeniach zaleca A. Haas arystol w postaci maści:

127) Rp. *Aristoli* 5·00—10·00
Solve in
Olei olivarum 20·00
Dein adde
Vaselini
Lanolini $\widehat{aa}$ 40·00
MDS. Zewnętrznie.

Jeżeli są duże pęcherze, należy przed użyciem maści opatrywać miejsca oparzone kilkoma warstwami tarlatanu pokrytemi nieprzenikliwym materyałem wyjałowionym a przejść do maści dopiero po ustaniu sączenia się. *(La semaine médicale.* 17. Października 1893).

— Do przepisywania pepsyny nadaje się dobrze wzór:

128) Rp. *Pepsini* 5·00
Acidi muriatici 1·00
Syr. cort. aurant.
Syr simplicis $\widehat{aa}$ 10·00
Aquae destil. 160·00
MDS. Po łyżeczce od kawy przed każdem jedzeniem.
(Bulletin général de Thérap. 15. Października 1894).

— Do oddalenia włosów nadaje się ciasto według przepisu Aunequina:

129) Rp. *Baryi sulfurati* 10·00
Amyli pulverati
Zinci oxydati $\widehat{aa}$ 5·00

Mięszaninę tę zarabia się z wodą na ciasto, przykłada na miejsce właściwe a po kilku (do 10) minutach otrzyma się skutek pożądany bez bólu i bez zadraźnienia skóry. *(Tamże).*

IV. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25. Października 1894 r.

— Dnia 24. b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak., na którem docent Dr. Beck okazał kamień ślinowy, wydobyty z przewodu Wartona. W dyskusyi zabierali głos: prof. Cybulski, Dr. Kryński, prof. Bujwid i Gluziński. Następnie pokazał Dr. Wróblewski dializator własnego pomysłu i objaśnił jego użycie, poczem miał zapowiedziany odczyt o różnicy pomiędzy mlekiem kobiecem a krowiem. W końcu prof. Pieniążek wyłożył rzecz o ciałach obcych w przełyku i drogach oddechowych na podstawie własnej kazuistyki.

— Dr. Henryk Hoyer, asystent zakładu anatomicznego w Sztrasburgu, mianowany profesorem nadzwyczajnym anatomii porównawczej w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

— Grono lekarzy ordynujących w szpitalu św. Łazarza w Krakowie rozpatrywało na posiedzeniu w dniu 17. b. m. sprawę leczenia błonicy surowicą krwi Behringa. Uznano regularne leczenie tym środkiem obecnie za rzecz przedwczesną, dopóki spostrzeżenia kliniczne nie wykażą dokładniej skuteczności jego i nie wyjaśnią ubocznego działania. Tymczasem postanowiono sprowadzić pewną ilość surowicy Behringa celem użycia jej w razie wydarzenia się stósownego do próby przypadku.

— Z nadesłanego nam rocznego zdania sprawy z powszechnej lecznicy lwowskiej za rok 1893. wyjmujemy następujące szczegóły: lecznica składa się z 9-ciu oddziałów; 1) dla chorób wewnętrznych, 2) chorób gardła, 3) chorób nerwowych, 4) chirurgicznych, 5) chorób kobiet, 6) chorób dzieci, 7) chorób skórnych wenerycznych, 8) chorób zębów i jamy ustnej, 9) chorób ocznych. Pomocy udzielono w tych oddziałach w tej samej kolei osobom 2009, 527, 517, 1615, 661, 1630, 1015, 974 i 2006 czyli razem 10954 osobom. Ze szczegółowego z każdego oddziału z osobna wykazu dowiadujemy się, jakie formy chorobowe i w jakiej liczbie leczono. Dochód lecznicy złożony z subwencyj Sejmu, gminy lwowskiej i galic. kasy oszczędności wynosił 2200 złr., rozchód zaś 2340 złr. tak, iż na rok bieżący pozostał nieznaczny niedobór 140 złr. Komitet lecznicy stanowili Dr. Janda dyrektor, Dr. Schramm zastępca dyrektora, Dr. Pisek sekretarz, Dr. Jana podskarbi Dr. Wachtel gospodarz, Dr. Wehr i Dr. Barącz bibliotekarze.

— Jak donoszą *Wiadomości farmaceutyczne*, powstaje w Grodzisku pod Warszawą fabryka filtrów, którą zakłada inżynier Szabłowski na współkę z kilkoma kapitalistami warszawskimi.

— Z najnowszego rocznika statystycznego miasta Paryża, dowiadujemy się, iż w latach 1865. do 1892. umarło w tem mieście z duru brzusznego najwięcej w r. 1871. (oblężenie Paryża przez armią niemiecką), bo 4467 osób czyli 243‰₀, najmniej zaś w roku 1891, bo tylko 476 czyli 20‰₀ i że śmiertelność z tej choroby zmniejsza się, co zostaje niewątpliwie w związku z reformami sanitarnemi, mianowicie z zaopatrywaniem miasta w coraz większą ilość wody źródlanej, z daleka nawet sprowadzanej. Co do wieku, to największa śmiertelność z duru brzusznego przypada na lata życia od 10. do 25, malejąc z wiekiem powoli aż do 80. roku życia, poczem znów wzrasta.

— Municypalność miasta Orleanu we Francyi zaprowadziła w miejskich szkołach początkowych książeczki higieniczne, które zaopatrzone we wizę inspektora lekarskiego, musi mieć każde dziecko uczęszczające do szkoły. W książeczkach tych mieszczą się: wzmianka, czy dziecko było szczepione, jaki jest jego stan zdrowia, jakie choroby przebyło przed przyjęciem do szkoły, jakich mogłoby dostać w szkole i t. p.

— W zakładzie obłąkanych w Richmondzie pod Dublinem w Irlandyi panuje obecnie epidemia choroby podobnej pod wieloma wzglę-

dami do beriberi, znanej od dawna w niektórych okolicach Indyj Wschodnich, Chinach i Japonii (gdzie się nazywa kakke).

Pierwszy przypadek tej choroby w Richmondzie pojawił się w połowie Września r. b. a po nim następowały rychło inne tak, iż z końcem pierwszego tygodnia b. m. było ich 110, zakończonych 13 razy śmiercią.

Choroba rozpoczyna się od opuchliny (*oedema*) podudzia, która zajmuje rychło całe ciało, czemu nie towarzyszy gorączka a rzadko tylko białko w moczu; następnie słabnie czynność serca i powstaje trudność oddechania z przyczyny puchliny płuc. Jeżeli chorzy okres ten przetrzymają, pojawiają się przypady zapalenia nerwów obwodowych w miarę jak ustępuje puchlina, czemu towarzyszy nieraz bezład ruchów (*ataxia*), zniesienie odruchu rzepkowego i zanik mięśniów podudzia.

Autopsya wykazuje puchlinę osierdzia i płuc, nieco nagromadzenia się płynu w jamie otrzewny i zwyrodnienie tłuszczowe serca i nerek.

Zkąd się ta choroba wzięła w Richmondzie, niewiadomo dotychczas; jest ona podobna, jakeśmy nadmienili, do beriberi, której jednak w Europie nigdy jeszcze nie widziano w formie epidemii.

— Sprawa używania na międzynarodowych zjazdach lekarskich jednego wspólnego języka naukowego i to francuskiego, zdaje się, iż zbliża się do pomyślnego załatwienia. Tak bowiem znakomity i niewątpliwie najbardziej rozpowszechniony dziennik lekarski rosyjski, *Wracz* jak i berlińska *Deutsche medicinische Wochenschrift* oświadczają się wobec niedogodności, jakich przyczyną jest wielojęzyczność, za zaprowadzeniem już na najbliższym międzynarodowym kongresie lekarskim, który ma, jak wiadomo, odbyć się w mieście Moskwie, języka francuskiego jako wspólnego języka obrad. Wprawdzie spodziewać się trzeba w tej mierze oporu ze strony Anglików i Amerykan, ale początek, zdaje się, że jest zrobiony tak, iż *la Médecine moderne* ma nadzieję, iż już w Moskwie będą obrady kongresu odbywać się w języku francuskim.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Irkucku na Syberyi Dr. **Kiernożyński**, lekarz wielce szanowany i wzięty; — w Adryanopolu po 63-letnim pobycie na obczyźnie, w dniu 13. b. m. Dr. **Gutowski**, lekarz bardzo ceniony dla swej wiedzy i sumienności; — w Azay-le-Feron Dr. **Płowiecki**; — w Monachium w 58. roku życia Dr. **Rossbach**, były profesor kliniki lekarskiej w Jenie i między innemi autor opracowanej wspólnie z prof. Nothnaglem farmakologii, która doczekała się w Niemczech kilku wydań a poza Niemcami przetłómaczenia na kilka języków, jeżeli się nie mylimy i na polski; — w Wiedniu w 54. roku życia Dr. **Ludwik Mauthner**, mianowany świeżo następcą przeniesionego na emeryturę prof. Stellwaga na katedrze okulistyki w uniwersytecie wiedeńskim, w wilią swego pierwszego wykładu klinicznego.

TELEGRAM. ***Lugdun 25. Października.*** **Pierwszy kongres internistów francuskich otwarto dzisiaj. Prezydentem wybrany Potain. Na porządku dziennym dzisiejszego posiedzenia patogeneza moczówki; sprawozdawcami Lepine i Lancereaux.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 3. Listopada 1894 r. Nr. 44.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w *Nowym Jorku* Dr Bronisł. w Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wytwarzaniu zwieracza stolcowego.

Odczyt miany na 66-tym Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy we Wiedniu

przez

prof. Rydygiera.

Panowie! W ostatnich przypadkach resekcyi kiszki stolcowej z powodu raka, z tymczasowem wypiłowaniem kości krzyżowej według metody [1]) przezemnie poleconej miałem bardzo nieprzyjemne powikłanie a to z tej przyczyny, że, chociaż przeciągnąłem koniec kiszki przez otwór stolcowy pozbawiony błony śluzowej, to mimoto powstawała przetoka na tylnym obwodzie, która żadnym sposobem zamknąć się nie dawała. Przyczyna tak częstego powstawania przetok zależy nie tyle od napięcia, które powstaje po rozległej resekcyi kiszki, ile raczej od zboczenia w odżywieniu w skutek oddzielenia kreski na mniejszym lub większym obszarze celem ściągnięcia jelita ku dołowi.

Zapewne, że przez wytworzenie odbytu krzyżowego (*anus sacralis*) metodą Hochenegga, możnaby uniknąć napięcia i oddzielenia kreski, ale natomiast pozostanie *incontinentia alvi* skutkiem braku zwieracza. Czy tu okręcenie kiszki stolcowej około jej osi podłużnej, według Gersunego, da we wszystkich przypadkach korzystny wynik, to mogą wykazać dopiero dalsze doświadczenia. Z tej przyczyny metoda Hochenegga znajduje zastósowanie tylko przy *amputatio recti*.

Aby w podobnych przypadkach otrzymać z większą pewnością *continentiam alvi*, wymyśliłem następujący sposób i na zwłokach wypróbowałem. Sposób ten ma jeszcze uboczną zaletę, o której wspomnę na końcu.

Po odpiłowaniu tymczasowem kości krzyżowej i resekcyi kiszki stolcowej i po odchyleniu na bok odpiłowanej kości krzyżowej, robi się od strony wewnętrznej w pośrodku mięśnia gruszkowatego *(pyriformis)* i mięśnia pośladkowego wielkiego *(glutaeus magnus)* otwór równoległy do przebiegu włókien mięśniowych drogą tępą, najlepiej elewatorem a skórę napiętą na elewatorze nacina się. Przez otwór ten przeciąga się koniec kiszki stolcowej i przyszywa się do rany skórnej. Rana skórna, mająca około 6 cm. długości, biegnie równolegle i na szerokość palca poniżej linii łączącej szczyt krętarza wielkiego *(trochanter maj.)* z ością wyższą tylną kości biodrowej *(spina ilei sup. post.)*.

Przez to przeciągnięcie odciętej kiszki stolcowej przez oba mięśnie, które przy skręceniu nogi na wewnątrz napinają się, sądzę, że wytworzy się pewne zamknięcie kiszki stolcowej. Dla tem większej pewności możnaby nadto kiszkę stolcową okręcić około osi podłużnej według Gersunego.

Sposób ten sztucznego wytworzenia zwieracza da się również użyć w zarośnięciu odbytnicy wrodzonem (*atresia recti congenita*), jeżeli kiszka stolcowa znajduje się wysoko w górze i ku dołowi ściągnąć się nie da. Tylko tu nie wykonamy tymczasowej resekcyi kości krzyżowej, bo wystarczy samo cięcie przez części miękkie obok kości krzyżowej (*sectio parasacralis*). Kehrer *(Berliner klin. Wochenschrift* 1894. Nr. 33) chce w tych przypadkach założyć odbyt w ranie zrobionej celem odsłonięcia kiszki stolcowej a zwieracz wytworzyć przez wycięcie z mięśni pośladkowych *(glutaei)* pasków językowatych, których końce dośrodkowe pozostałyby połączone z mięśniem a końce obwodowe w kształcie ⌒ albo ∪ albo 8, miałoby się przyszyć do końca kiszki i skóry. Trudno przypuścić, aby takie paski mogły spełniać

[1]) Korzystam ze sposobności, aby kilkoma słowami rozprawić się z Rehnem w sprawie pierwszeństwa co do tej metody. Nie tylko ja przeoczyłem jego opis, lecz i inni autorzy, którzy po Rehnie a przedemną pisali o tym samym przedmiocie, jak n. p. Schlange (*Berl. klin. Wochenschrift* 1892), który wymienił inne metody tymczasowej resekcyi kości krzyżowej. To się tem tłómaczy, że Rehn opisał wprawdzie ten sposób, ale w rozprawie (*die Operation hochsitzender Mastdarm-Carcinome in zwei Zeiten*), w której nie ten, lecz dwuczasowy sposób operowania usilnie zalecał. W tym przypadku rzecz ma się podobnie jak ze szwem dwurzędowym na kiszkach; Gussenbauer opisał go niewątpliwie przed Czernym i wypróbował na zwierzętach (Langenbecka *Archiv* Tom XIX. str. 351. a zwłaszcza 360), ale zalecił szew ósemkowaty tak, że pierwszy pozostał nieuwzględnionym dopóty, dopóki go Czerny do chirurgii nie wprowadził. Podobnież i mnie należy się zasługa, że opisawszy dokładnie ten sposób, zaleciłem go i wprowadziłem do chirurgii.

czynność zwieracza, nawet w tym razie, gdyby się udało tak je wyciąć i przyszyć, jak sobie życzymy.

Nadto uważam za wybitną zaletę metody przezemnie podanej, że otwór stolcowy tworzy się po przeciwnej stronie a więc daleko od cięcia, które służy do odszukania kiszki. Tym sposobem da się rana daleko łatwiej ochronić od zakażenia i można z większą pewnością spodziewać się rychłozrostu a przez to bardzo znacznie skrócić czas leczenia następowego.

Przypisek. Odczyt ten miałem dnia 27. Września b. r. na posiedzeniu sekcyi chirurgicznej 66-go Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich we Wiedniu a ogłoszono go w Dzienniku tego Zjazdu dnia 28. Września b. r. Witzel opisał potem niby mimochodem podobny sposób w *Centralblatt f. Chirurgie* z dnia 6. Października r. b.

II. Zmiany włosów pod wpływem niektórych środków żrących i wysokiej ciepłoty.

Według odczytu na VII. Zjeździe lekarzy i przyr. we Lwowie.

Podali

Doc. Dr. L. Wachholz i Dr. W. hr. Tyszkiewicz.

Jakkolwiek w piśmiennictwie znachodzi się wiele wzmianek odnoszących się do zachowania się włosów pod wpływem pewnych odczynników, to przecież podjęliśmy w tym względzie szereg doświadczeń a to celem przekonania się:

1) jakim zmianom ulegają włosy ludzkie i zwierzęce pod wpływem środków żrących i jak prędko,

2) jak się zachowuje barwa włosów i czy jej zmiana wraz ze zmianą w budowie włosa pozwala orzec, który z odczynników ją wywołał, n. p. w przypadkach oparzenia zapomocą płynów żrących, i

3) czy można oznaczyć wiek człowieka z zachowania się włosów względem ługu potasowego.

Do doświadczeń swoich używaliśmy głównie włosów z głowy.

Rozpatrzywszy się w budowie pod mikroskopem i oznaczywszy ich grubość za pomocą mikrometru zanurzaliśmy włosy w rozmaite odczynniki, jak w kwas siarkowy, azotowy, solny zgęszczony i rozcieńczony, w kwas octowy zlodowaciały, mrówkowy i karbolowy, w wodę chlorową świeżo zrobioną, w ług potasowy, ług Javellego (*solutio kali hypochlorosi*), amoniak, wreszcie w zgęszczony rozczyn chlorku wapna.

W tych odczynnikach zawartych w oddzielnych naczyniach pozostawały włosy aż do rozpadu, o ile wywoływał go odczynnik.

Zmiany w budowie włosów wywoływał kwas siarkowy, azotowy i po części solny zgęszczony, wreszcie ług potasowy i ług Javellego.

Zmiany wywołane kwasem siarkowym zgęszczonym przedstawiały się zgodnie z opisem w pracy Pfaffa [1]) i Hofmanna [2]). Włosy płowe ludzkie o średniej grubości 0·04 mm. okazywały po upływie 18 godzin od chwili zanurzenia ich w kwasie siarkowym zgęszczonym znaczną utratę swej sprężystości i podwojenie się grubości (0·08 mm.), po upływie 46 godzin kora włosów podzieliła się na włókienka, co w dalszym ciągu nadawało włosom wejrzenie podobne do miotły. To podzielenie się kory na włókna polega na rozpuszczeniu substancyi kitowej, spajającej włókna korowe złożone z komórek o nieregularnych, zębiastych brzegach, w jedną całość. Podzielenie kory pod wpływem kwasu siarkowego zgęszczonego dowodzi przenikania tego odczynnika przez warstwy włosu. Podobne zmiany wywoływał kwas siarkowy w czarnych włosach ludzkich o średniej grubości 0·07 mm., rudych 0·06 mm., siwych 0·05 mm. W tych ostatnich, o ile zawierały rdzeń, dostrzeżono, iż rdzeń stawał się pod wpływem działania kwasu jednolitym, zatracając przerwy w skutek pęcznienia komórek rdzennych. Ten wynik przemawia przeciwko zapatrywaniu się Dobrzyckiego [1]), jakoby kwas siarkowy nie wnikał w głębsze warstwy włosa i nawet po kilku miesiącach nie mógł wywołać zmian destrukcyjnych. Po upływie dłuższego czasu (około 50 dni) miękły włosy w kwasie siarkowym tak, iż rozpadały się zupełnie nawet pod uciskiem szkiełka przykrywkowego.

Kwas azotowy zgęszczony przenikał również włosy, w skutek czego one pęczniały i zyskiwały na grubości nie w tym jednak stopniu, co w kwasie siarkowym. Podziału na włókna w postaci miotlastych obrazów wcale nie dostrzeżono. Natomiast traciły włosy bardzo rychło swą sprężystość i zwijały się w kłębki, poczem rozpadały się na drobne włókienka. Po upływie 9 dni pozostawał z włosów ludzkich czarnych, rudych i płowych, po upływie dni 10 z siwych a dni 7 z czarnej sierci psiej osad bezbarwny i drobny.

Kwas solny zgęszczony przenikał wprawdzie warstwy włosa, za czem przemawiało zwiększenie się grubości jego, nie zmieniał jednak budowy włosa, czyniąc zaledwie po upływie dłuższego czasu przebieg zewnętrznych włókien kory falistym. Kwasy mineralne rozcieńczone, kwas octowy zlodowaciały, mrówkowy i karbolowy znacznie tylko powiększały grubość włosów.

Alkaliom ulegają włosy jako twory rogowe łatwo i rychło. W krótkim czasie po zanurzeniu włosów do alkaliów zaczyna płyn wypełniać się bańkami powietrza uchodzącego z jamek w komórkach kory i rdzenia włosów. Najmocniejsze spienienie się dostrzeżono w rozczynie chlorku wapna. Działanie różnych alkaliów było jakościowo jednakiem, różnem jednak co do stopnia i czasu. Najdzielniejszym odczynnikiem okazał się ług potasowy, słabszym ług Javellego.

Przywłosek włosa oddzielał się pod wpływem tych odczynników rychło; włos stawał się szerszym, budowa jego jednolitą. Z czasem rozmiękały włosy i rozszczepiały się. Zupełnemu rozpuszczeniu na bezbarwny osad ulegały najpierw sierć zwierzęca czarna i biała, później nieco włosy ludzkie.

W wodzie chlorowej traciły włosy przywłosek (przyskórek), zwijały się w kłębki, grubiały, rozpadu wszakże nie dostrzeżono nawet po 24 godzinnem działaniu odczynnika, od czasu do czasu odświeżanego.

Zmiana barwy włosów polega częścią na usunięciu powietrza z komórek włosowych, częścią zaś, i to głównie, na wyługowaniu i zniszczeniu barwika w nich zawartego. Najdzielniejszym środkiem w tym względzie okazuje się woda chlorowa, która wnikając wgłąb włosa zmienia z początku ciemny barwik na żółty, potem odbarwia włos zupełnie tak,

[1]) Das menschliche Haar i t. d. II. Auflage. Leipzig 1869.

[2]) Einiges über Haare in ger. ärztl. Beziehung. Wochenblatt d. Ztschr. d. k. k. Gesellschaft d. Ärzte in Wien. 1862. Nr. 37, 38 i 39.

[1]) O kołtunie. Warszawa 1877.

iż staje się on siwym. Słabiej, lecz podobnie działać ma woda utleniona wedle doświadczeń Massazza[1]). Kwas siarkowy zgęszczony nadaje włosom po pewnym czasie jednolite zabarwienie ciemnoszare.

Rychło i charakterystycznie zmienia barwę włosów kwas azotowy zgęszczony. I tak czarne włosy ludzkie i czarna sierć nabierały w ciągu 24 godzin wybitnej barwy rudej, po dalszych 24 godzinach żółtej, która w dalszym ciągu stawała się coraz jaśniejszą, aż wreszcie utracał włos całkowicie swą barwę. Włosy płowe, rude i siwe nabierały po upływie 24 godzin zabarwienia żółtego, poczem w dalszym czasie odbarwiały się całkowicie.

Reszta kwasów, użytych do doświadczeń z wyjątkiem kwasu azotowego rozcieńczonego (działanie równe kwasowi temuż zgęszczonemu, lecz słabsze, zatem powolniejsze) uwidoczniała budowę włosów częścią przez przesiąknięcie ich, częścią przez wyjaśnienie, powstałe przez powolne usuwanie barwika. Włosy zanurzone w tych kwasach zmieniały swą barwę na jaśniejszą a tylko włosy czarne tak ludzi jak zwierząt nabierały w razie zanurzenia przez dłuższy czas barwy żółto-brązowej, kasztanowej.

Badania porównawcze włosów wziętych z okolic wystawionych na ciągłe działanie potu (zawierającego kwasy tłuszczowe, zwłaszcza mrówkowy) wykazały, iż włosy osób z płowym zarostem, były w miejscach działania potu o wiele jaśniejsze, włosy osób o rudym zaroście okazywały w tychże samych miejscach barwę rudą, również wybitnie jaśniejszą, włosy zaś osób o ciemnym zaroście zdradzały odcień kasztanowo-brązowy.

Alkalia a między niemi ług potasowy pozbawiają włos w krótkim czasie (do 48 godzin) barwika, czyniąc go bezbarwnym, szarym, zmieniając w czarnych włosach tak zwierząt jak ludzi czarny barwik chwilowo w brązowy.

Działanie wszystkich przytoczonych odczynników na barwę włosów polega na wyjaśnieniu, wyblichowaniu włosa; jeden tylko kwas azotowy zabarwia przelotnie włosy każdej barwy charakterystycznie cytrynowo - żółto. Zanim włosy utracą zupełnie swój barwik pod wpływem kwasów (z wyjątkiem azotowego), można przywrócić barwę pierwotną amoniakiem.

Spostrzeżenie Sonnenscheina[2]), przytoczone w pierwszem wydaniu jego dzieła, jakoby włosy w zwłokach pogrzebanych i gnijących stawały się rudemi pod wpływem działania kwasów ziemnych (*Huminsäuren*), sprostowano w drugiem wydaniu, w którem mowa tylko o zmianie pierwotnej barwy włosów w tych okolicznościach na jaśniejszą. Ta zmiana zabarwienia włosów pod wpływem gnicia jest bardzo ważną w przypadkach, w których rozchodzi się o udowodnienie tożsamości osoby na zwłokach ekshumowanych. Spostrzeżenie Sonnenscheina przywiedzione w drugiem wydaniu jego dzieła, zgodne z zapatrywaniami Brianda i Chaudégo[3]), zyskuje w naszych doświadczeniach istotne poparcie. Jeżli włosy w zwłokach pogrzebanych nabierają rzeczywiście barwy rudawej, to jedynie tylko włosy czarne (ciemne) i tylko przejściowo. Że zaś zmiana barwy włosów w tym razie polega na działaniu kwasów, dowodzi spostrzeżenie Chevalliera[1]), iż amoniak włosom w ten sposób zmienionym, przywracał ich barwę pierwotną.

Włosy rudziały trwale pod działaniem wysokiej ciepłoty, jak o tem pouczyła fryzyerów praktyka z przypiekaniem włosów. Poddając włosy działaniu ciepłoty 100° C. w suszarni przekonaliśmy się, że najpierw nabierały barwy wybitnie rudej włosy płowe, zatem te, w których działaniem ani kwasów, ani alkaliów nie można było wywołać tego zabarwienia. Czarne włosy nabierały dopiero po dłuższym czasie odcienia kasztanowo-brązowego, siwe zaś odcienia żółtawego. Amoniak włosom w ten sposób zmienionym nie przywracał pierwotnej barwy.

Zestawiając zmiany, jakim włosy ulegają pod wpływem wzmiankowanych odczynników a szczególnie kwasów, przyznać należy, że występują one dopiero po kilkogodzinnem działaniu odczynnika i wyjąwszy kwas siarkowy i azotowy nie są one tak charakterystyczne, aby po nich poznać środek działający. Żadną też miarą nie doprowadziłoby do wykrycia użytego środka badanie włosów pod względem powyższych zmian w przypadkach zamachów przez polanie człowieka jakimkolwiek płynem żrącym, w przypadkach tak zwanej *vitriolage*. W takich razach sąd swój opierać należy na śladach pozostającego uszkodzenia, na wyniku rozbioru chemicznego resztek płynu, zebranego z części nim polanych a wreszcie na zbadaniu zmoczonych nim włosów (najczęściej włosów twarzy i głowy). Nie od rzeczy będzie wspomnieć tu nawiasem, że podobne zamachy, których początek sięga wedle Aubrego po rok 1639, wydarzają się wszędzie, zwłaszcza zaś w Anglii i Szkocyi, gdzie nawet odpowiednią w tym względzie wydano ustawę. Nawet nasza krajowa kazuistyka ma do zapisania przypadek podobnego zamachu, dokonanego przed kilkoma laty we Lwowie na pewnej nauczycielce.

W końcu podjęliśmy kilka doświadczeń celem przekonania się, czy z odporności włosów względem ługu potasowego można, jak to twierdzi Sonnenschein[2]), wysnuwać wnioski tyczące się wieku ich właściciela. W tym celu włożono do zgęszczonego ługu potasowego włosy dzieci 1, 5, 7, 8, 9 miesięcznych, 1, 3, 4, 5, 6, 8 i 10 letnich. Po upływie 24 godzin uległy zupełnemu rozpadowi płowe włosy dzieci 1, 5 i 7 miesięcznych, po upływie 48 godzin płowe włosy dziecka 9 miesięcznego, 1 i 4 lata liczącego, po 72 godzinach włosy płowe dzieci 5, 6, 8 i 10 letnich, wreszcie po upływie 96 godzin czarne włosy dzieci 3 i 5 letnich.

Zestawiając powyższe wyniki z pomiarami grubości tych włosów przed włożeniem ich do odczynnika, okazało się, iż odporność włosów względem ługu potasowego nie zależała od wieku, lecz raczej od grubości włosu. Włosy grubsze i czarne mimo, iż pochodziły z dzieci 3 i 5 letnich, opierały się działaniu ługu potasowego znacznie dłużej, niż cieńsze od nich włosy płowe dzieci starszych.

Na podstawie tego wyniku nie okazuje się bynajmniej usprawiedliwionem wysnuwanie wniosku co do wieku z zachowania się włosów względem ługu potasowego.

---

[1]) Virchow, Hirsch: Jahresbericht 1892.
[2]) Handbuch d. gerichtl. Chemie I Aufl. Berlin 1869. i II. Aufl. neu bearb. von Dr. A Classen. Berlin 1881.
[3]) Manuel compl. de méd. lég. Paris 1880. T. II.

[1]) ibidem.
[2]) l. c.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

W ogólności wtedy tylko możemy z pewnością twierdzić, iż pewna osoba ma kiłę, jeśli choroba objawia się u niej jakąkolwiek widoczną oznaką. Odporność tylko sama względem kiły nie upoważnia do przypuszczenia zakażenia kiłowego; w końcu przecież nie przyjdzie na myśl utrzymywać, iż osoba, której przed 1—2 laty zaszczepiono ospę, ma utajoną ospę, albowiem zachowuje się odpornie względem ospy?

Musimy tu zrobić jeszcze jednę uwagę z powodu wypowiedzianego przez Blaisego zdania, jakoby brak objawów kiłowych u matki, zapłodnionej przez zakażonego mężczyznę, należało tłómaczyć małą ilością drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się w jej ustroju. Wnosićby wypadało z takiego orzeczenia, iż według Blaisego stopień natężenia i przebieg chorób zakaźnych zależy wprost od ilości przyrzutu chorobowego, względ. drobnoustrojów chorobotwórczych, które w chwili zarażenia dostały się do ustroju; podobny pogląd jednak nie ma żadnej podstawy naukowej i wcale nie zgadza się z naszemi pojęciami i wiadomościami o istocie i pochodzeniu chorób zakaźnych w ogólności a kiły w szczególności. Z mnóstwa doświadczeń i spostrzeżeń wypada, iż mała ilość przyrzutu chorobowego, względ. drobnoustrojów chorobotwórczych wystarcza często najzupełniej do wywołania bardzo groźnych postaci choroby zakaźnej; a więc ilość przyrzutu, który w chwili zakażenia dostaje się do ustroju, wcale nie wpływa na przebieg i cechy choroby, co bardzo jest łatwem do zrozumienia, jeśli uwzględnimy bardzo szybki rozrost i rozmnażanie się drobnoustrojów chorobotwórczych.

Powstanie i rozwój pewnej choroby zakaźnej zależą przeważnie od rozmaitych okoliczności, które napotka w ustroju przyrzut chorobowy; mogą one być pomyślne lub niepomyślne dla niego a od stanu i właściwości ustroju, oraz zachowania się jego względem zarazka zależy dalszy przebieg choroby zakaźnej. Łatwo też przypuścić, iż przyrzut kiłowy napotyka nieraz na wstępie tak niepomyślne dla siebie stósunki w ustroju, iż ginie wkrótce potem, więc ustrój nie ulega zakażeniu. Podobna odporność ustroju może znaleść się niekoniecznie tylko u osób, które przebyły już daną chorobę. Odporność ustroju względem przyrzutów chorobowych może być w ogólności niejednakową w rozmaitych przypadkach u rozmaitych osób. Z drugiej znów strony przypuścić wypada, iż zdolność drobnoustrojów chorobotwórczych do dalszego życia i rozmnażania się musi w znacznej części zależeć od biologicznych ich własności a więc rozwój i powstawanie chorób zakaźnych zostaje w bezpośrednim związku z rodzajem przyrzutu chorobowego, ilość zaś jego wcale nie wpływa na powstawanie i przebieg choroby zakaźnej.

Przeciwko temu, iż pozornie zdrowe matki, zapłodnione przez ojców kiłowych, uważać należy za zakażone kiłą utajoną, przemawiają nadto następujące okoliczności i spostrzeżenia: przypadki Richtera[1]) i Newin-Hydego[2]), w których zdrowe kobiety, zapłodnione przez kiłowych mężczyzn, wydawały na świat kiłowe potomstwo, następnie zaś wyszedłszy powtórnie za mąż za zdrowych i wolnych od kiły mężów, płodziły z nimi zdrowe dzieci; przypadki Rosena[3]), Lewina[4]), Rineckera[5]) i Wiedego[6]) świadczą także, iż kobiety, płodzące kiłowe dzieci, mogą być naj zupełniej zdrowemi. Tyczyły się one matek, które wydawszy na świat zakażone potomstwo, zarażały się następnie kiłą od swych własnych dzieci. Zaliczyć tu wypada jeszcze przypadek Weila[7]) i Bergha[8]); w przypadku Weila pewna kobieta, zapłodniona przez kiłowego męża i nosząc w swem łonie zakażony płód, zaraziła się kiłą podczas ciąży, pierwotny zaś wrzód wystąpił u niej na wardze sromnej. Urodzone wkrótce przez nią dziecię, przedstawiało objawy kiły dziedzicznej; przypadek zaś Bergha tyczył się 20 letniej zdrowej kobiety, która z niewiadomym mężczyzną spłodziła dziecię dotknięte wkrótce po urodzeniu objawami kiły dziedzicznej. W 6 miesięcy później wystąpiły u matki objawy świeżej kiły, której musiała nabyć przed kilku tygodniami; nie ulegało więc wątpliwości, iż w przytoczonych przypadkach matka była zdrową i nie miała kiły nie tylko przed zapłodnieniem, lecz i podczas ciąży i połogu, gdyż inaczej nie mogłaby po urodzeniu kiłowego dziecka nabyć świeżej kiły.

Przeciwko istnieniu utajonej kiły u matek, płodzących z ojca kiłowego zakażone dzieci, przemawiają też stanowczo przypadki, w których matka karmiąc własne kiłowe dziecię zarażała się od niego kiłą. Podobne spostrzeżenia przytoczyli Cazenave[9]), Brizzio Cocchi[10]), Müller[11]), Busch[12]), Ranke[13]), Guibout[14]), Scarenzio[15]), Zingales[16]), Drysdale[17]), Lueth[18]) i Merz[19]). Pomijając nie dość dokładne i nieco wątpliwe przypadki opisane przez Cazanavea, Müllera, Buscha, Guibouta, Zingalesa i Drysdalea, rozpatrzymy pozostałe, które wydają się nam dość prźkeonywającymi:

W przypadku Brizzio Cocchiego pewien młody człowiek, kilkakrotnie nawiedzany przez objawy kiły, ożenił się ze zdrową dziewczyną. Spłodzone przez nich pierwsze dziecię wkrótce po przyjściu na świat zmarło z wycieńczenia i chéry; kobieta zaś karmiąca wymienione dziecię dostała na brodawkach piersiowych owrzodzeń, po których wkrótce nastąpiły ogólne objawy kiły. Drugie dziecię spłodzone przez młode małżeństwo, zmarło wskutek cierpienia

---

[1]) Gazeta lekarska. 1879. 10. str. 98.
[2]) Arch. of Dermatology. 1878. Aprile. str. 103.
[3]) Behrend's Syphilidologie. N. Reihe 1862. III. str. 184.
[4]) Berliner klinische Wochenschrift. 1873. 22.
[5]) Tagesbl. d. 51. Versamml. d. Naturforscher. 1878. str. 94.
[6]) l. c. str. 18—19. 50—51; Tabl. XXVIII.
[7]) Weil. Samml. klin. Vorträge. str. 888.
[8]) Monatshft. f. prakt. Dermatol. 1893. XVII.. str. 117—119.
[9]) Diday. Traité de la Syphilis des nouveau-nés. Paris. 1854. str. 289—290.
[10]) Gazz. medica ital. Lombardese. 1858. 10.
[11]) Wiener medicinische Wochenschrift. 1860. I str. 5
[12]) Tagbl. d. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte. 1878. str. 94.
[13]) Berliner klin. Wochenschrift. 1883. 31.
[14]) Nouv. leçons des mal. de la peau. Paris. 1879. str. 154.
[15]) Gior. ital. d. mal. veneree e della pelle. 1880. 1. str. 15.
[16]) Thom. Crudeli. Institutioni Anatom.-pathologicae. Torino. 1882. I. str. 129.
[17]) Die Pathol. und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1882. str. 139—140.
[18]) Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1884. XXI. str. 99.
[19]) Bulletin médical de l'Algérie. 1889. Novembre.

wątroby; trzecie zaś urodziło się pozornie zdrowe, lecz już po upływie 6 tygodni wystąpiła u dziecka osutka kiłowa, mamka zaś zaraziła się od niego kiłą. Czwarte dziecię przyszło też na świat pozornie zdrowe, wkrótce jednak dostawszy osutki zmarło. Piąte dziecię było wykarmione przez matkę, u której w 10 miesięcy po urodzeniu dziecku pojawiły się na brodawce piersiowej owrzodzenia, następnie zaś wystąpiły ogólne zmiany kiłowe. Po leczeniu przeciwkiłowem u matki ustąpiły objawy.

Przypadek Rankego tyczył się 30-letniego mężczyzny, który przed 11 laty przebywał kiłę, w ciągu jednak ostatnich 9 lat nie miał żadnych objawów swoistych; przed 3ma laty ożenił się on ze zdrową kobietą. Pierwsze ich dziecię miało kiłę, chorobę jednak jego wyleczono środkami swoistymi. Drugie dziecię w 2 tygodnie po urodzeniu zapadło także na objawy kiły dziedzicznej, mianowicie pojawiła się u niego rozległa osutka oraz wrzody w jamie ustnej; podczas karmienia przez matkę, która przedtem była zawsze zdrową i nie miała żadnych objawów kiły, powstało u niej na lewej brodawce piersiowej owrzodzenie, następnie zaś pojawiła się osutka kiłowa, która w dalszym ciągu choroby kilkakrotnie powracała.

W przypadku Scarenzii ojciec przed ożenieniem się miał pierwotne owrzodzenie kiłowe na prąciu i niebolesne obrzmienie gruczołów pachwinowych; spłodzone przez niego dziecię wkrótce po przyjściu na świat zapadło na rozmaite objawy kiły dziedzicznej i było karmionem przez matkę. U matki wkrótce powstało owrzodzenie w pobliżu brodawki piersiowej, potem obrzękły i stwardniały sąsiednie gruczoły limfatyczne i pokazały się znaki kiły ogólnej. Następne ich dziecię miało także kiłę dziedziczną w postaci osutki krostkowej.

W przypadku Luetha ojciec przed ożenieniem się przebywał kiłę, matka zaś była zdrową. Spłodzone przez nich dziecię w 5 miesięcy po urodzeniu się dostało osutki kiłowej; po upływie zaś 4 miesięcy u matki, karmiącej piersią własne dziecko, powstało na brodawce piersiowej owrzodzenie pierwotne, kiłowe a wkrótce potem wystąpiły objawy ogólnego zakażenia kiłowego.

Przypadek Merza, o którym już nadmieniliśmy w jednym z poprzednich rozdziałów z innego powodu, tyczył się 34-letniego mężczyzny, który przed 5 laty dostał kiły i kilkakrotne miewał nawroty drugorzędne; pojął on za żonę zdrową dziewczynę, u której pierwsza ciąża zakończyła się porodem pozornie zdrowego dziecka, u którego jednak w 2 tygodnie po przyjściu na świat pokazały się objawy kiły. Pomimo tego, iż matkę i dziecię poddano leczeniu przeciwkiłowemu, powstało wkrótce u matki owrzodzenie pierwotne na brodawce piersiowej, później zaś wystąpiły objawy drugorzędne.

Zestawione wyżej przypadki świadczą niezawodnie o tem, iż matka, płodząca z mężem kiłowym dzieci zakażone, niekoniecznie i niezawsze nabywa kiły; zarażenie się takich matek kiłą od własnych dzieci wyłącza przypuszczenie, iżby one przedtem cierpiały na utajoną kiłę.

A więc t. zw. prawo Collesa, Baumésa i Didaya nie może stósować się do wszystkich matek, noszących w swem łonie kiłowe dziecię; owszem przeciwnie w obec powyżej zebranych i przytoczonych okoliczności i spostrzeżeń wypada raczej wnosić, iż matki, płodzące z mężami kiłowymi potomstwo zakażone, pozostają często nadal zupełnie zdrowe i mogą nie mieć utajonej kiły. U niektórych tylko matek dostrzega się odporność względem kiły; odporność ta jednak wcale nie jest niezawodną oznaką utajonej kiły u matki.

Co najwięcej, jeśli przypuścimy, zgodnie z Fingerem [1]), iż w niektórych przypadkach odporność u matek płodzących kiłowe dzieci, następuje wskutek działania na ustrój matki toksyn, wytworzonych przez jad kiłowy; matka albowiem przechowuje w swem łonie przez cały czas trwania ciąży płód, którego ustrój jest wylęgowiskiem jadu kiłowego i przezeń wytworzonych toksyn. Toksyny kiłowe przez przenikanie mogą przejść przez łożysko do ustroju matki i krążąc w nim wywołują następnie ów stan, który nazywamy odpornością względem kiły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

W tych okolicznościach dobre usługi oddaje znany wziernik Cusco, jako rozszerzający sklepienie pochwy, przez to zbliżający macicę ku dołowi i umożliwiający nachylenie zgłębnika, cewnika, wskutek większego rozwarcia swoich łyżek, nie dający się jednak użyć dobrze przy bolesnych parametrytydach.

Wziernik Bandla i sposób jego użycia, jak to opisuje Sołowij [2]), dozwala przez prostowanie macicy, wskutek ściągnięcia jej haczykiem, łatwiejszego stósowania środków leczniczych. Są wreszcie przypadki, gdzie w celu ustalenia macicy potrzeba pomocy drugiej osoby. Mając pomocnika najlepiej używać wzierników łyżkowych Simsa lub Simona; w praktyce prywatnej użycie tych wzierników jest ograniczone. To też z radością trzeba powitać najnowszą publikacyę Sängera, który powołuje do użytku najpierw wynaleziony a potem zapomniany wziernik Neugebauera starszego, który ulepszony przez syna wystarcza prawie zawsze; użycie jego jest trudne jedynie w *anteversio uteri fixata* i w razie bardzo długiej i szerokiej pochwy, czemu jednak można zaradzić mając łyżki stósownej wielkości. Bądź co bądź zawsze będą przypadki, gdzie do skutecznego leczenia śródmacicznego pomoc drugiej osoby będzie niezbędną.

Używane środki lecznicze można podzielić na środki przeciwgnilne i żrące, w formie płynnej lub stałej. Już sama ogromna liczba używanych środków wskazuje, że każdy z nich ma swoje wady i zalety; rozmaici autorowie posługują się rozmaitymi środkami. Swoistego środka w nieżycie macicy nie ma. Do przepłukiwania macicy metodą Schultzego [2]) używa się środków przeciwgnilnych, więc roztworów sublimatu, karbolu, kreoliny, lisolu i t. d. w rozmaitem roztworzeniu.

[1]) O dziedziczeniu kiły. Kraków 1892 str. 11.

[2]) Schultze: Archiv für Gyn. 1882. XX. s. 252.

Wielu autorów poleca oczyścić jamę maciczną ze śluzu, który przylega do błony, przez wytarcie jej rozczynem sody, która śluz rozpuszcza, przezco działanie właściwych środków leczniczych jest mocniejsze.

Wypłukiwanie wnętrza macicy odbywa się we wzierniku, czasem jednak łatwiej jest cewnik wprowadzić po palcu do macicy. Cewników jest wielka liczba: Schultzego, Fritscha, Bozemana, Piskatschka, Boryssowicza [1]) odmiana Bylickiego [2]), który radzi mieć znaczną liczbę cewników o rozmaitych zgięciach. Przy tem leczeniu przepłukiwaniami jest zasadą, aby umożliwić odpływ cieczy użytej do przepłukiwania; w tej myśli też są zbudowane wszystkie cewniki. Z innych środków leczniczych polecali do wstrzykiwań sole żeleziste G. Braun, Breslau, Sigmund; nalewkę jodową Hildebrandt, Noegerrath, Spiegelberg; Recamier rozczyn azotanu srebrowego, Sims glicerynę, *cuprum sulphuricum* i *aluminatum* Martin, Sigmund [3]).

Vidal de Cassis, Rokitansky usunęli przez ścisłe doświadczenia obawę o dostawanie się cieczy użytej do wstrzykiwań macicznych przez jajowody do jamy otrzewnej: niemniej jednak wypłukiwania macicy nie można uważać za rzecz całkiem obojętną.

W ogóle można powiedzieć i potwierdzi to każdy doświadczony lekarz chorób kobiecych, że nieraz dożyje się przykrych niespodzianek w przebiegu leczenia, które każdy lekarz za najlepsze uznaje i które sam wypróbował ze skutkiem pomyślnym, kiedy raptem zamiast do polepszenia przychodzi do pogorszenia się całego stanu. To też w wyborze sposobu leczenia trzeba być nadzwyczaj ostrożnym. Już nieraz samo badanie chorej pogarsza stan; czasem po zatuszowaniu wnętrza macicy widzi się mocną reakcyę, częściej jeszcze po jej przepłukaniu. Każda macica, że tak powiem, musi być najpierw wypróbowana na swoją odporność i stopień oddziaływania. Są macice, z któremi można używać wszelkich sposobów leczenia, są inne przedstawiające prawdziwe *noli me tangere*.

Przepłukiwanie macicy większemi ilościami płynów łączy się na wszelki przypadek z trudnościami tak, że w godzinie ordynacyjnej, na chorych dochodzących trudno i, o ile wiem, dość rzadko można go użyć. To też postępem można nazwać stosowanie w celu leczniczym mniejszych ilości płynów przyżerających za pomocą rozmaitych *porte-remède*. Pomijając, jako rzecz historyczną, pistolet Martina starszego, *porte-remède* Dittla, utrzymała się strzykawka K. Brauna zawsze jako przyrząd doskonały. Najważniejszą jej modyfikacyą jest sposób Hoffmana, który obwija koniec strzykawki we watę i dopiero wypycha z niej ciecz.

Z innych narzędzi do działania na błonę śluzową macicy należy wymienić jako wzór zgłębnik Playfaira. Najlepszą jego odmianą będzie świeżo przez Sängera [4]) polecony zgłębnik z giętkiego srebra a bardzo cienki. Wreszcie każdy drut owinięty w watę i odpowiednio przygięty może służyć za zgłębnik; przy macicach, u których ujście szeroko rozwarte, długi a stósownie przystrugany pręcik z drzewa w watę owinięty, do użytku na raz. Doleris polecił szczoteczkę na drucie, Schrader używa gęsich piór, których chorągiewkę przycina stósownie. Ważnem jedynie jest tak pewne przytwierdzanie waty na przyrządzie, którego się używa, aby za powstaniem skurczu macicy, jak to się zdarza w okolicy ujścia wewnętrznego, wata nie została zatrzymaną we wnętrzu macicy. Dlatego uważać trzeba, aby koniec zgłębnika owinięty był jednem ciągłem pasmem waty i szczególnie, aby pierwsze skręty ściśle przylegały do zgłębnika, co nadzwyczaj łatwo zrobić przez zwilżenie końca.

Niektórzy używają tak zwanego plombowania macicy metodą Vuilleta, to jest wprowadzania gazy jodoformowej do wnętrza. Macica pozostaje otwartą, owszem mięknie i wnętrze jej staje się co raz przystępniejszem. Polecają tę metodę i inni, jak Fritsch, Terillon [1]) i Gattorno [2]), którego zdaniem wykonanie zabiegu tego 10—14 razy wystarcza do wyleczenia nieżytu. To samo potwierdza Skutsch. Pozzi wprowadza gazę napojoną gliceryną; Lebon [3]) z Brukseli zakłada paski jodoformowe, używa jednak i chlorku cynku; leczenie ma trwać 6 tygodni. Przy leczeniu śródmacicznem goją się nadżerki. Wedle O. Küstnera [4]) jest podwójny sposób ich wyleczenia, albo przerost przybłonka brukowego po nad nadżerką (sposób Hofmeiera) albo sklęśnięcie błony śluzowej noszącej przybłonek wałeczkowaty (sposób Schulzego). Zazwyczaj jednak oba sposoby łączą się razem. Schrader [5]) zastanawia się nad tem, że bardzo często po leczniczych zabiegach wśród macicy pojawia się *perimetritis* i *parametritis*. Przyczyną tego są zdaniem Schradera strupy, powstałe po użyciu środków żrących. A mianowicie przez ścięcie się białka krwi i tkanek niknie siła odrażająca użytych środków tak, że łatwo te skrzepy stają się roznosicielami spraw zakaźnych. Im twardszy taki strup, tem trudniej odrywa się, działa jako ciało obce, pobudza macicę do skurczów; w ten sposób wchłania macica zakaźne substancye, będące przyczyną *perimetritis* i *parametritis*. Dlatego Schrader strupy powstałe po przyżarciu usuwa przez wyskrobanie. Stryk [6]) nie zgadza się z poglądami Schradera co do zaraźliwości strupów; zdaniem jego jedynie skaleczenie błony śluzowej macicy otwiera drogę zarazkom sprawiającym zapalenie.

Co się tyczy środków leczniczych, używanych do zapuszczania w macicę, idąc od najsłabszych do najmocniejszych i uwzględniając li tylko najważniejsze lub przez szczególnie biegłych ginekologów polecone, przedstawia się rzecz w sposób następujący: *Acetum pyrolignosum crudum* działa ściągająco i przeciwgnilnie, szczególnie dobry środek przeciw nadżerkom, użyty jako kąpiel miejscowa we wzierniku. Barsony [7]) poleca w nich 96% alkohol. Do leczenia śródmacicznego używają Martin i Leopold *liquor ferri sesquichlorati*. Zdaniem Leopolda [8]) nastój jodowy, użyty kilka razy z rzędu, musiałby zniszczyć błonę śluzową. Co się tyczy azotanu srebrowego, to jego działanie jest dosyć słabe. Nawet kamień piekielny nie działa na głębokość, gdyż rozpuszczając się, tworzy białkany srebra, nie działające żraco; że jednak przez długie używanie tego środka, można doprowadzić do zupełnego zbliznowacenia błony śluzowej, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Środek zresztą bardzo jeszcze używany, mający tę niedogodność, że plami bieliznę. Wprowadzenie wałeczka z azotanu srebrowego za pomocą pistoletu Martina, metodę dawno zaniechaną, polecił w ostatnich czasach Schütz z Hamburga [9]).

(Dokończenie nastąpi).

Choroby nerwowe.

Kornelia Chernbachowna: Studyum doświadczalne i kliniczne nad drgawkami u dzieci.

Drgawki w wieku dziecięcym, zwłaszcza te, które występują nie jako wynik anatomicznej, cyrkulacyjnej i t. d. zmiany w mózgu, ani nie powstają na drodze odruchowej, lecz ten ich rodzaj, który towarzyszy chorobom zakaźnym, stanowią jedno z najciemniejszych zagadnień medycyny. Badania bakteryologiczne a zwłaszcza w myśl Kocha nauka o toksynach, rzuciły światło na tę zagadkową sprawę a praca Kornelii Chernbachownej, wykonana pod kierunkiem prof. Obregia (w Bukareszcie), niemało przyczyniła się do wyjaśnienia tej ciemnej strony patologii chorób dzieci.

[1]) Boryssowicz: Centralblatt für Gyn. 1893. s. 939.
[2]) Bylicki: Centralblatt f. Gyn. 1886. Nr. 15.
[3]) Chrobak: Deutsche Chir. Lief. 54. 1885. str. 173.
[4]) Sänger: Centralblatt f. Gyn. 1894. s. 604.

[1]) Terillon: Paris. Bull. général de thérap. 1889. Août15.
[2]) Gattorno: Wien. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 46.
[3]) Lebon: Annales de gyn. 1891. s. 213.
[4]) O. Küstner: Beiträge zur Lehre v. Dr. E. Jena, 1883.
[5]) Schrader: Centralblatt f. Gyn. 1890. s. 260.
[6]) v. Stryk: Centralblatt f. Gyn. 1890, s. 430.
[7]) Barsony: Orvosi Hetilap. 1892, Nr. 41.
[8]) Leopold: Centralblatt f. Gyn. 1886. s. 155.
[9]) Schütz: Centralblatt für Gyn. 1891. s. 901.

Zasadnicza myśl tej pracy polega na następującej podstawie: dwojakie jest źródło samozakażeń ustroju, z jednej strony komórka żyjąca wytwarza produkt swego życia, tak zwane leukomainy, z drugiej zaś w zakażeniu ustroju la secznikami chorobotwórczymi, powstają we krwi toksyny. Ustrój zdrowy pozbywa się tych wrogich sobie pierwiastków, bądź wydalając je nerkami, bądź też przerabia je chemicznie wątroba. Jeśli więc sączek nerkowy w skutek schorzenia nie przepuszcza pierwiastków zakaźnych, lub też, jeśli w skutek schorzenia tkaniny wątroby, gruczoł ten utracił swą chemiczną czynność, to tak leukomainy jak i toksyny nagromadzają się we krwi i powstaje samozakażenie.

W celu stwierdzenia tego przypuszczenia wstrzykiwała autorka do żyły udowej psom i królikom mocz ludzi tak zupełnie zdrowych jak i chorych na padaczkę i to takich, co zażywali brom lub go niezażywali a wreszcie mocz przegotowany, w celu wydzielenia białka w zniszczeniu tą drogą toksyn.

Wyniki tych badań są następujące:

1) Mocz ludzi cierpiących na drgawki, wstrzyknięty po przesączeniu do żyły zwierzęcia, wywołuje drgawki toniczne i kloniczne.

2) Mocz fizyologiczny również wywołuje drgawki, lecz o wiele później i znacznie słabsze.

3) Ogrzanie do wrzenia zmniejsza siłę zakaźności moczu.

4) Mocz chorych, którzy zażywają brom, bądź nie wywołuje drgawek, bądź też powstają one w bardzo słabym stopniu.

5) Mocz dzieci cierpiących na drgawki posiada większą energię zakaźności, aniżeli mocz osób dorosłych.

Część kliniczna opiera się na 18-letniej statystyce szpitala dzieci w Bukareszcie i na przytoczeniu historyj 14-tu chorych na drgawki. Bardzo cenne uwagi zawarte w tej części doprowadzają do następujących wyników:

1) Pierwiastek wywołujący drgawki znajduje się w ustroju, który uległ samozakażeniu.

2) Samozakażenie tak doświadczalnie jak i klinicznie najlepiej nam tłómaczy powstawanie drgawek u dzieci chorych na cierpienie zakaźne.

3) Nietylko schorzenie nerek, lecz i zmiany anatomiczne w wątrobie również wywołują drgawki. *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Wrzesień 1894).

Dr. A. Kwaśnicki.

Bakteryologia.

R. Abel: Przyczynek do nauki o prątku błoniczym.

Wiadomo, że prątki błonicze znajdują się w wydzielinach gardła i nosa nie tylko podczas choroby samej, lecz nadto niejaki czas w okresie ozdrowienia. Według dotychczasowych badań można je wykryć jeszcze po 5 tygodniach od chwili ustąpienia złogów błoniczych. A. jednak mógł wykazać je nawet po upływie 65 dni w wydzielinie błony śluzowej gardła a okazały one też pełną zdolność zarażania.

Nadto wykazał A., badając wiele przypadków zapalenia włóknikowego jamy nosowej *(rhinitis fibrinosa)*, którą do niedawna uważano za osobną chorobę, całkiem różną od błonicy właściwej a która częstokroć wikła błonicę gardła nawet w okresie ozdrowienia, obecność prątków błoniczych.

Ztąd wynikałaby wskazówka, że powinno się odosobniać chorych, desinfekcyonować i stósować inne środki ostrożności w błonicy dłużej niż dotychczas i nie lekceważyć ze stanowiska lekarsko-policyjnego przypadków *rhinitis fibrinosa. (Centralblatt für Bacteriologie u. Parasitenkunde.* Tom XVI. Nr. 14. 1894). *Pon.*

Zapiski terapeutyczne.

— A. Witkowski (w Berlinie): O pędzlu galwanicznym. Pędzla faradycznego, t. j. pędzla metalowego, połączonego z prądem indukcyjnym używa się oddawna w elektroterapii, gdy o pędzlu galwanicznym od niejakiegoś czasu ucichło prawie zupełnie.

Różnica między jednym a drugim pędzlem jest wcale znaczna. Gdy całe działanie terapeutyczne pędzla faradycznego polega na drażnieniu skóry i wywoływaniu w ten sposób pewnych skutków czyto miejscowych czy przez wpływ odruchowy odległych, pędzel galwaniczny działa o wiele mocniej, głębiej a nawet w razie dłuższego przyłożenia pali skórę, to jest działa jak żegadło chemiczne. Krótko mówiąc, pędzel galwaniczny działa ilościowo i jakościowo o wiele mocniej niż pędzel faradyczny. Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę, iż dla prądu indukcyjnego nie mamy absolutnej miary, którą mamy dla prądu galwanicznego, to łatwo pojąć, iż pędzlowi galwanicznemu należy się pierwszeństwo przed faradycznym.

Działanie pędzla galwanicznego na skórę służy trojako dla terapii:

1) Przez drażnienie włókien czuciowych i naczynioruchowych w skórze. Tu należy leczenie zboczeń w zakresie czucia mianowicie utraty i upośledzenia czucia, zboczeń w krążeniu krwi a ztąd i odżywianiu. Do leczenia upośledzenia czucia służy pędzel galwaniczny w ten sposób, iż go łączy się z biegunem ujemnym i trzyma w miejscu pozbawionem czucia dopóty, dopóki elektryzowany nie uczuje porządnego bólu, poczem go odejmuje się, by go po kilku sekundach przyłożyć znowu. W razie zupełnego braku czucia należy pędzel galwaniczny trzymać na jednem miejscu za każdym razem po 10 do 15 sekund.

Do leczenia miejscowej niedokrewności służyć może bardzo dobrze pędzel galwaniczny nieco zwilżony, co zapobiega kaleczeniu skóry przez końce metalowego drutu a oporów przewodnictwa w skórze tak znów nie zmniejsza, aby prąd galwaniczny na nią nie działał.

Na tem działaniu pędzla galwanicznego tak na zboczenie w zakresie czucia jak i na miejscową niedokrewność polega wpływ jego korzystny w impotencyi wywołanej przez onanię. Obok polecenia choremu wstrzymywania się od wszelkich wzruszeń płciowych, stósuje autor pędzel galwaniczny, z biegunem ujemnym złączony i dobrze zwilżony miejscowo na prącie, powiększając działanie prądu galwanicznego przez częste jego (metaliczne) otwieranie. Procedura ta trwa koło 3 minut a powtarza się ją co dwa dni. Po trzech tygodniach takiego leczenia ordynuje autor miejscowe kąpiele z kwasu węglowego systemem Lipperta. Kąpiel taka trwa $^1/_2$—$^3/_4$ godziny a bierze ich chory zwykle 15-cie, co drugi dzień naprzemian z prądem galwanicznym. Po pauzie w leczeniu przez dwa miesiące powtarza się je znowu w sposób lżejszy n. p. dwa razy w tygodniu. Takie postępowanie okazało się autorowi skutecznem nieraz nawet w przypadkach zastarzałych.

2) Jako środek odwodzący oddaje pędzel galwaniczny dobre usługi w rozmaitych cierpieniach nerwów i mięśniów, o ile one polegają na zadraźnieniu.

Szczególniej skutecznym okazał się autorowi pędzel galwaniczny w leczeniu rwy kulszowej (*ischias*). W tym celu kładzie autor pacyenta na brzuch a pędzlem galwanicznym lekko zwilżonym elektryzuje mu skórę wzdłuż przebiegu całego nerwu przez 5 minut prądem mocnym. Postępowanie to, lubo bardzo bolesne, jest najczęściej bardzo też skuteczne, nawet w przypadkach opornych i zadawnionych. Powtarzać je należy co dzień lub przynajmniej co drugi dzień.

Jeżeli skutek nie jest dostateczny, łączy autor użycie pędzla galwanicznego z mięsieniem (masowaniem) i naciąganiem nerwu.

3) Drażnienie skóry ma nakoniec ostatni jeszcze cel, t. j. wywołanie sposobem odruchowym działania na ośrodki nerwowe. Jak wiadomo, wykazali: Nothnagel, że drażnienie skóry zwęża naczynia w mózgu, Rumpf, że mocne faradyzowanie kończyn rozszerza naczynia w naczyniówce mózgowej *(pia mater)* u żab i królików a Loewenfeld, że toż samo następuje również i w naczyniach naczyniówki rdzenia pacierzowego.

Otóż na tej zasadzie a na podstawie własnego doświadczenia zaleca W. używanie pędzla galwanicznego w wiądzie pacierzowym (*tabes dorsalis*), mianowicie w zboczeniach w oddawaniu moczu galwanizowanie za pomocą pędzla wilgotnego i za użyciem mocnego prądu skóry nad częścią lędźwiową rdzenia pacierzowego, najlepiej codziennie aż do mocnego zaczerwienienia skóry. Nawet w daleko zaszłych przypadkach wiądu otrzymuje się skutek pomyślny, trwający nieraz i przez całe lata.

Również pomyślnie działa w wielu przypadkach pędzel galwaniczny na zboczenia w zakresie czucia w skórze. Można nawet przekonać się bardzo często, iż w miarę liczby takich posiedzeń elektrycznych z pędzlem galwanicznym poprawia się nie tylko czucie, ale i krążenie krwi w skórze a jeżeli to tyczy się kończyn dolnych, to poprawia się także i chód, t. j. zmniejsza się ataksya nieraz do tego stopnia, iż chorzy doświadczając w szczęśliwych przypadkach tylko nieznacznych sensacyj uważają się za zupełnie zdrowych.

Oczywiście, że i pędzel galwaniczny nie wpływa na zmianę anatomiczną i nie wstrzymuje postępu choroby, tylko łagodzi przypady a to już wiele w chorobie nieuleczniej, jak wiąd pacierzowy. *(Deutsche med. Wchscht* 4. Października 1894).

— Według Leistikowa (w Hamburgu) smoła z węgli mineralnych działa mocniej i trwalej na rozmaite choroby skórne osobliwie na swędzenie i osutki swędzące w ogólności, niż używana dotychczas w dermatologii wyłącznie smoła drzewna. Mianowicie smoła mineralna nadaje się wybornie do leczenia wyprysku *(eczema)* suchego na skórze pokrytej włosami, na karku, na tułowiu, na narzędziach płciowych i łuszczycy *(psoriasis)*.

Ze względu na możliwość zatrucia należy ograniczyć się w używaniu smoły mineralnej do osutek miejscowych a nie używać jej na twarzy u osób nie mogących przerwać zwykłego zatrudnienia a to z przyczyny, iż smoła mineralna wywołuje niekiedy rumień (*erythema*) na twarzy.

Do przepisywania smoły mineralnej *(goudron minéral)* nadaje się przepis:

130)	Rp.	*Picis mineralis*	*6·00*
		Spir. vini 95⁰	*4·00*
		Aetheris sulfurici	*2·00*
		MDS. Zewnętrznie.	

Nastojem tym pomazuje się za pomocą pędzelka miejsca chore, poczem po ulotnieniu się wyskoku i eteru zostaje na skórze cieniuchna warstewka smoły, dająca się łatwo zmyć oliwą.

— W bolesnem miesiączkowaniu *(dysmenorrhoea)* młodych dziewcząt wystarczają zdaniem Vineberga (w Nowym Jorku) bardzo często do usunięcia lub przynajmniej zmniejszenia dolegliwości środki wzmacniające, osobliwie przetwory żeleziste, zmiana trybu życia, zmniejszenie pracy, wysypianie się, używanie świeżego powietrza tembardziej, iż bolesne miesiączkowanie pochodzi najczęściej ze życia siedzącego i zbytniej pracy umysłowej.

Przypadowo zaleca się podczas dolegliwości wspomnionych przedewszystkiem spokojne leżenie w łóżku podczas całego peryodu a w razie gwałtownych mimo tego bólów zażywanie:

131)	Rp.	*Kalii bromati*	
		Antipyrini $\widehat{aa}$	*10·00*
		Exti fluidi viburni prunifolii	*20·00*
		Aquae destil.	*120·00*
		Cognac	
		Syr. cort. aurant. $\widehat{aa}$	*30·00*

MDS. Zażywać dziennie od 2 do 4 łyżek stołowych.

Od narkotyków, osobliwie od podskórnych wstrzykiwań morfiny trzeba, ile tylko się da, wstrzymywać się zupełnie; co najwięcej, możnaby w razie bólów bardzo gwałtownych zapisać czopki z makowcem (*opium*) czystym lub jego wyciągiem. *(La semaine médicale.* 24. Października 1894).

— Fritsch i Langkopf podają następujący przepis na nastój tamujący krwotoki (*tintura haemostyptica)*:

132)	Rp.	*Secalis cornuti*	*10·00*
		Spir vini	*20·00*
		Acidi sulfurici	*2·00*
		Aquae fervidae	*500·00*
		Coque ad remanentiam	*200·00*
		Dein adde	
		Calcii carbonici	*2·00*
		Filtra et evapora ad remanentiam	*70·00*
		Adde	
		Spir. vini	*30·00*
		Olei zingiberis	*guttas tres*
		Depone et filtra.	

(Pharm. Zeitung. 44. 1894).

V. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

W jednej z większych sal gimnazyum Franciszka Józefa, odświętnie a nader gustownie przybranej, rozpoczęły się w poniedziałek dnia 23. Lipca o g. 4-ej po południu obrady sekcyi chirurgicznej, pozostającej pod godnym uznania sterem prymaryusza Dra Ziembickiego. Po krótkiej przemowie powitalnej zaproponował Dr. Ziembicki wybór prezydyum sekcyi, w którego skład weszli: prof. Rydygier z Krakowa, Dr. Drobnik z Poznania, Dr. Gabszewicz z Warszawy, Dr. Szuman z Torunia i Dr. Załoziecki z Czerniowiec, jako przewodniczący posiedzeń, jako sekretarze zaś: Dr. Kryński z Krakowa, Dr. Spalke i Dr. Wehr ze Lwowa.

Po zajęciu miejsca przewodniczącego przez Dra Gabszewicza, przystąpiono do odczytów, które rozpoczął:

I. Dr. **Szuman** (z kliniki własnej w Toruniu): *Spostrzeżenia nad narkozą eterową.* (Sprawozdanie własne). Eter jako środek do inhalacyj znieczulających przez dentystę M o r t o n a z Bostonu za radą Dra Jacksona wprowadzony w praktykę w r. 1846, ustąpić musiał wkrótce miejsca chloroformowi, w r. 1847 przez S i m p s o n a w Edymburgu poleconemu. A dzisiaj dopiero, po latach blisko 50 ściślejsze badania badaczy angielskich i następnie niemieckiego towarzystwa chirurgicznego[1]) przekonały świat lekarski, że eter jest środkiem równie dobrze przy odpowiedniej metodzie do inhalacyj znieczulających użyć się dającym, jak chloroform, a przytem znacznie mniej trującym, znacznie mniej groźnym dla życia chorego, a więc zważywszy wszystkie *pro* i *contra* środkiem lepszym od chloroformu.

W Ameryce jest i teraz eter głównym środkiem znieczulającym w chirurgii i akuszeryi. W Europie niektórzy chirurdzy od dłuższego czasu używają eteru; w ostatnich zaś latach wskutek korzystnych sprawozdań niemieckiego towarzystwa chirurgicznego eter i w naszych stronach coraz więcej znajduje, jako główny środek do narkozy, zwolenników.

[1]) E. G u r l t: Zur Narcotisirungs-Statistik. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1891, 1892, 1893, 1894. (Kongres XIX—XXIII).

W klinikach i szpitalach Julliarda w Genewie, Rouxa w Lozannie, Brunsa w Tybindze, Stelznera w Dreźnie, Frickera w Odessie, Landaua w Berlinie i innych, używają stale eteru jako głównego środka do znieczulania przy operacyach.

W swej prywatnej klinice chirurgicznej zacząłem od Listopada roku przeszłego używać eteru do narkozy i mam zapiski o 81 przypadkach narkozy eterowej, od końca Listopada 1894. do połowy Lipca 1894. a więc przez $7\frac{1}{2}$ miesięcy obserwowanych. Doświadczenia moje w zupełności potwierdzają korzystne wyniki wzmiankowanych powyżej chirurgów co do narkozy eterowej. Nie mogę wprawdzie przyznać racyi zasadzie wyłącznego używania eteru do narkozy i zupełnego wygnania chloroformu z zakresu środków znieczulających, jak tego chcą Julliard, Wanscher, Grossmann [1]), ale sądzę, że eter ma prawo być naszym głównym i najczęstszym środkiem narkotyzującym a chloroform tylko wyjątkowo w niektórych poniżej wyszczególnionych razach może być używanym i wskazanym. Tak samo twierdzą Sonnenburg i Tschmarke, tak samo zdaje się, że postępuje Bruns, którego obserwacye Garré [2]) ogłosił w szczegółowej monografii o narkozie eterowej. Moje zapatrywania dotychczasowo prawie w zupełności zgadzają się a twierdzeniami Tschmarkego [3]).

1) Eter wydaje się środkiem mniej niebezpiecznym jako środek do inhalacyj znieczulających, niż chloroform, a wogóle równie wystarczającym i jako taki powinien być głównie do narkozy używanym tak u mężczyzn, jak u kobiet i dzieci.

2) W chorobach serca narkoza eterowa wydaje się o wiele bezpieczniejszą, niż chloroformowa.

3) Narkoza eterowa z przyczyny, iż drażni oskrzele i wywołuje często obfitą wydzielinę z oskrzeli podczas narkozy i jeszcze po narkozie, jest przeciwwskazaną w przypadkach z objawami nieżytu oskrzelowego, oraz w tych przypadkach, w których mocniejszy nieco kaszel po operacyi wynik jej mógłby zniweczyć lub znacznie nadwerężyć.

4) Narkoza eterowa często nie wystarcza w tych przypadkach, w których chodzi o rychłe i zupełne zwolnienie napięcia mięśni a więc w szczególności przy odprowadzaniu zwichnięć stawów.

5) Narkoza eterowa jest niebezpieczną wskutek łatwej zapalności pary eterowej, gdy operacyą robimy z pomocą żegadła Paquelinowskiego lub innego, lub gdy operujemy wieczorem przy świetle lamp i świec.

6) Narkoza eterowa czasami nie wystarcza u osób, które nałogowo używają trunków [4]).

7) Garré zestawił już około 350,000 narkoz eterowych ze śmiertelnością 1:14000, Julliard zaś 524,507 narkoz chloroformowych ze śmiertelnością 1:3258. Wyniki powyżej przytoczonych zestawień Gurlta równie niekorzystnie przedstawiają się dla chloroformu (1 przypadek śmierci na 2907 narkoz do 1893 r.).

W swoich 81 narkozach nie widziałem dotychczas groźnego przypadku, ale ta mała liczba nie dowodziłaby niczego, gdyby nie była popartą tak wielkiem doświadczeniem innych. Eter podawałem głównie za pomocą maski Julliarda. Narkoza, jeżeli z początku nie zanagle eter podajemy i maskę nie zbyt przyciskamy do twarzy, nie jest zgoła narkozą zaduszającą [1]), jak to głoszą niektórzy. Owszem następuje zwykle rychlej, niż przy chloroformie i bywa równie dobrą. Wogóle na 75 przypadków, w których zapisano wynik działania narkozy eterowej w mej klinice, było 65 narkoz dobrych i zupełnych a 10 niespokojnych, pomiędzy temi dwie niewystarczające. Z tych 10 narkoz niespokojnych zdarzyło się 9 u mężczyzn a tylko 1 u kobiety. Wogóle więc narkoza eterowa u kobiet i dzieci jest łatwiejszą i pewniejszą, niż u mężczyzn. U 8 z owych 9 przypadków używanie obfitsze trunków było przyczyną mocnej ekscytacyi.

Cięższych i groźnych przypadłości nie widzieliśmy podczas narkozy eterowej. Za to po narkozie eterowej postrzegałem 4 razy mocne zapalenie oskrzeli przez kilka dni po operacyi i to w 2 przypadkach po krótkich i małych operacyach.

Postępowałem głównie według metody Julliarda, opisanej w monografii Garrégo. Przed narkozą u mężczyzn zastrzykiwałem zwykle 0,01 morfiny. W 2 przypadkach w narkozie trwającej 150 minut spotrzebowano po 400 gramów eteru. Przy krótszych narkozach potrzebowano $1\frac{1}{2}$—4 grm. eteru na minutę, więc na zwykłe operacye w 15—45 minut 25—180 gramów eteru, odpowiadającego przepisom farmakopeutycznym niemieckim, o ciężarze gatunkowym 0,720.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Grossmann: Die Aethernarcose. Deutsche med Wochenschrift 1894, Nr. 3. i 4.

[2]) Garré: Die Aethernarcose. Tubinga 1893, oraz Beiträge zur klin. Chirurgie. Tom XI.

[3]) Tschmarke: Die bisherigen Erfahrungen bei Aethernarcosen. Deutsche med. Wochenschrift 1894, Nr. 4.

[4]) Taki przypadek niedostatecznej narkozy miałem sposobność obserwować u mężczyzny do trunków przyzwyczajonego. Ale i chloroformowa narkoza, jak wiadomo, w tych razach bywa nieraz niewystarczającą, niezupełną.

[1]) Erstickungsnarcose, porów. Grossmann l. c.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 1. Listopada 1894 r.

— Dr. Henryk Hoyer (starszy), który w dniu 13. z. m. ukończył 35 lat swego zawodu profesorskiego w uniwersytecie warszawskim, otrzymał emeryturę, uproszony wszakże, będzie pełnił swe obowiązki nauczycielskie do końca roku akademickiego, co z radością przyjęli liczni wielbiciele czcigodnego Profesora.

— IV. zebranie Izby lekarskiej krakowskiej odbędzie się w sobotę 10. Listopada b. r. w biurze Izby (Kraków, ul. św. Krzyża 7).

Na porządku dziennym pomieszczono między innymi sprawę założenia przy Izbie kasy wsparcia dla lekarzy i ich rodzin, uchwalenie budżetu na r. 1895, przystąpienie Izby do centralnego związku Izb lekarskich w państwie austryackiem, wreszcie wniesienie podań do władz w kilku sprawach ogólnych, stanu lekarskiego tyczących się a poleconych przez I. zebranie delegatów Izb lekarskich austryackich w Wiedniu (z 22. Września b. r.).

— Wydział krajowy zamianował sekundaryusza II. klasy Dra Franciszka Szumana sekundaryuszem I. klasy a Dra Maksymiliana Rutkowskiego sekundaryuszem II. klasy w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie.

— Redaktorem *Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* obrano na dalsze 3 lata ponownie Dra Maryana Jakowskiego w Warszawie (ulica Wspólna 42).

— Temi dniami wyszedł z pod prasy: *Kalendarz lekarski krakowski na rok 1895.* ułożony na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego przez Dra Jana Raczyńskiego a wydany nakładem znanej dobrze w kołach lekarskich firmy księgarskiej S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie. Kalendarz ten, zbliżony swym układem zu-

pełnie do roczników poprzedzających, podzielony jest na 26 rozdziałów, z których każdy jest potrzebny dla lekarza praktycznego, że tu wymienimy obszernie i trafnie ułożony podręcznik terapeutyczny na 128 stronnicach, rozbiór chemiczny moczu, otrucia ostre i sposoby ratowania w nich, szkodliwe połączenia leków, nowe leki, wykaz władz sanitarnych i izb lekarskich w Krakowie i we Lwowie, spis abecadłowy lekarzy w W. Księstwie krakowskiem i w Galicyi, przepisy pocztowe i telegraficzne, tudzież notatki podzielone na 4 osobne kwartały i t. d. Bardzo piękny druk, przynoszący prawdziwy zaszczyt drukarstwu krakowskiemu w ogólności a drukarni *Czasu* w szczególności, doskonały format i papier i praktyczna oprawa, wreszcie obok tych wszystkich zalet nader przystępna cena (1 złr. 60 ct. na miejscu w Krakowie, 1 złr. 80 ct. z przesyłką rekomendowaną) dopełniają nader szczęśliwie całości, która powinna znaleść się w ręku każdego lekarza w kraju naszym, usuwając kalendarze niemieckie.

— Krakowska Kasa Oszczędności miejska przeznaczyła 500 złr. na zakupno surowicy leczniczej Behringa. Doświadczenia będą odbywały się najpodobniej do prawdy w szpitalu dla dzieci św. Ludwika w Krakowie pod sterem prof. M. L. Jakubowskiego.

— Dr. St. Eliasz-Radzikowski, lekarz stacyi klimatycznej donosi nam, iż wbrew mylnym pogłoskom stan zdrowia publicznego w Zakopanem jest jak najlepszy, że znajduje się tam już pewna liczba gości przybyłych na zimę a spodziewani są jeszcze nowi. Stacya klimatyczna udziela wiadomości o mieszkaniach.

— Za swe badania nad leczeniem błonicy otrzymał Dr. Roux ze zakładu pasteurowskiego w Paryżu od Prezydenta Rzeczypospolitej francuskiej krzyż komandorski legii honorowej a od rady miejskiej paryskiej na uroczystem jej posiedzeniu złoty medal.

— Według dotychczasowych spostrzeżeń wyniosła śmiertelność w przypadkach błonicy leczonych właściwą surowicą: u Behringa i Kossla 30 przypadków ze śmiertelnością 20%, u Ehrlicha, Kossla i Wassermanna 67 przypadków tracheotomowanych z 44·9% i 153 przypadki nietracheotomowane ze śmiertelnością 23·6%, u Katza 128 przypadków ze śmiertelnością 13·2%, u Weilgera 63 przypadki z 28%, u Aronsona 192 przypadki z 13%, u Rouxa, jak już wiadomo, 448 przypadków z 24·33% czyli razem 1081 przypadków leczonych surowicą właściwą ze średnią śmiertelnościa 24%.

Jeżeli tę śmiertelność porówna się ze śmiertelnością błonicy i dławca bez różnicy wynoszącą dotychczas 50% i ze śmiertelnością przypadków operowanych dławca czyli krupu wynoszącą 70 do 75%, pokaże się już teraz, że leczenie błonicy stósownie przyrządzoną surowicą obniżyło śmiertelność do połowy dawniejszej.

— Paryzki dziennik *Figaro* zebrał dotychczas 370.000 franków na zakupno surowicy leczniczej przeciw błonicy.

Redakcya otrzymała:

Dr. Antoni Krokiewicz: Studyum nad cholerą. Lwów. 1894.

M. Misiewicz: Rozpoznawanie i leczenie rzeżączki w obecnym stanie nauki. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Józef Jaworski: Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny przy operacyach na macicy. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Adam Langie: Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 7. Listopada b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Bujwid będzie miał odczyt w połączeniu z demonstracyą: *O błonicy ze stanowiska bakteryologicznego;* 2) kol. Słapa wyłoży rzecz: *O leczeniu błonicy stósowaną surowicą.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 7368.

KONKURS.

W skutek rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego we Lwowie z dnia 9. Października 1894. do l. 52996. ogłaszam niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w tutejszym szpitalu powszechnym pod następującymi warunkami:

1) że kandydat jest obywatelem Austro - węgierskiej monarchii;

2) jest doktorem wszech nauk lekarskich;

3) nie przekroczył wieku lat 40;

4) odbywał przynajmniej jednoletnią praktykę lekarską w jednym z szpitali powszechnych.

Do posady tej przywiązaną jest płaca roczna w kwocie 400 złr. w. a.

Posada ta nadaną będzie na razie prowizorycznie a stabilizacya nastąpi po roku służby.

Podania udokumentowane należy wnosić do d. 15. Listopada 1894. na ręce burmistrza.

Stryj dnia 17. Października 1894. 155—3—2

C. k. Dyrekcya ruchu kolei państwowych w Krakowie.

Do L. 39811.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na posadę lekarza kolejowego c. k. kolei państwowych z siedzibą w Muszynie, ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Muszynie przydzielona jest przestrzeń od kilometra 113 do kilometra 146 na linii Tarnów-Orló, jakoteż przestrzeń od kilometra 55·4 do kilometra 58·3 na stronie węgierskiej wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i stacyami Piwniczna, Żegiestów i Muszyna. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 570 złr rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy do dnia 20. Listopada b. r. do c. k. Dyrekcyi ruchu kolei państwowych w Krakowie (Sekretaryat), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można. Posada powyższa obsadzoną będzie od 1. Stycznia 1895 r.

Kraków dnia 19. Października 1894.

Za dyrektora ruchu

156—3—2 *Horoszkiewicz.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 10. Listopada 1894 r. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. WSTĘPNY WYKŁAD

Doc. Dra Leona Wachholza

przy objęciu katedry medycyny sądowej we Wydziale prawa i administracyi Uniw. lwowskiego w d. 13. Października 1894.

Panowie! Rozmaitemi drogami kroczy duch ludzki, niezmużony w dociekaniu prawdy. Liczne wynikają ztąd działy nauk i umiejętności, które chociaż są różne, bo do różnych zdążają celów, przecież zawsze w pewnych swych częściach spotykają się ze sobą, wiążąc się niejako w jeden wieniec wielkiej całości. Zdawałoby się, że umiejętność lekarska stanowi tak odrębną gałąź wiedzy ludzkiej, iż jeźli się ona łączy z którąkolwiek inną umiejętnością, to jedynie tylko z naukami przyrodniczemi. Tymczasem widzimy, że wiedza lekarska łączy się z naukami technicznemi i z szkolnictwem przez jednę ze swych gałęzi, t. j. przez higienę, łączy się ona z umiejętnością prawa przez gałąź swą, zwaną medycyną sądową.

Medycyna sądowa, z której zarysem zaznajomić Panów będzie moim obowiązkiem w myśl zaszczytnego dla mnie wezwania Świetnego Wydziału prawa i administracyi, jest nauką, która stanowi niejako pomost, łączący dwa odrębne działy umiejętności prawniczej i lekarskiej. Na jej polu podaje lekarz dłoń pomocną sędziemu, by tem łatwiej dojść do rozjaśnienia zagadki, dojść do odgadnienia prawdy.

Medycyna sądowa to, jak nazwa wskazuje, umiejętność lekarska a różni się tem od reszty nauk lekarskich, że czerpiąc z nich żywotne soki, oddaje je w służbę sprawiedliwości. Jest ona zatem nauką zastósowaną do potrzeb praktyki sądowej. Łączy ona w sobie zdobycze wszystkich gałęzi nauk lekarskich, dorzucając do nich własne, sobie tylko właściwe. Nauki lekarskie sięgają swymi początkami odległej starożytności; niestety nie można tego powiedzieć o naszej gałęzi, bo jakkolwiek dopatrują się niektórzy badacze, jak n. p. historyk Haeser, jej początków również w tych czasach, to przecież możemy śmiało pominąć je milczeniem, jako nie zasługujące na wzmiankę. Prawdziwych początków medycyny sądowej dostarczył wiek XVI., kiedy to duch ludzki, przebudzony z długiego snu wieków średnich, zwrócił się żywo na drogę badań i to badań wielkiej i małej przyrody, o której pierwszy autor sądowo-lekarski, Fidelis wyraża się: *etsi magna est Aristotelis auctoritas, major tamen naturae vis est.* W wieku XVI. poczęto coraz to częściej posługiwać się zdaniem lekarzy w odpowiednich przypadkach sądowych a to najpierw we Francyi i we Włoszech; to też kraje te dostarczyły pierwszych autorów sądowo-lekarskich, mianowicie Ambrożego Pareusza, Codronchiego, wreszcie Fortunata Fedeliego i Pawła Zakchiasza. W Niemczech poprzedziły trzy ustawy rozwój medycyny sądowej, mianowicie ustawa bamberska z r. 1507., brandenburska z r. 1516. a nadewszystko surowa ustawa karna Karola V. z r. 1532.

Rozwój wszakże medycyny sądowej nie wstąpił zaraz w ślady nowych ustaw, zwłaszcza ostatniej a to dlatego, że ustawa rzeczona nie obowiązywała w całych Niemczech, powtóre, że tam, gdzie decydowała, nie przestrzegano jej ściśle. Ztąd więc rozwój medycyny sądowej w Niemczech zaczyna się od drugiej połowy XVII. wieku, mianowicie od chwili wystąpienia profesorów Ammana i Bohna.

Raz wszedłszy na właściwe tory, rozwijała się medycyna sądowa nader pomyślnie a świetny jej stan obecny zawdzięczamy usilnym pracom tak głośnych autorów, jak Casper, Liman, Maschka, Blumenstok, Hofmann ze znakomitą swą szkołą, Orfila, Tardieu, Brouardel, Ogston, Taylor i t. d. Z tych głośnych w nauce nazwisk muszę wymienić dwa, aby choć w części uczynić zadość obowiązkowi wdzięczności, t. j. profesora Blumenstoka (Halbana), mistrza mego i szefa i radcy dworu prof. Hofmanna, z których rozległej wiedzy wolno mi było w całej pełni zapożyczać się i korzystać.

Mówiąc zaś o nich, nie mogę pominąć milczeniem sumiennego badacza a doskonałego nauczyciela, którego uczone słowa płynęły z tego miejsca do mnóstwa poprzedników Panów! Był nim niestety przedwcześnie zgasły prof. Feigel, Pamięci jego oddając cześć, proszę Panów o uzupełnienie jej przez powstanie.

Objaśniwszy Panom cel i stanowisko nauki naszej w rzędzie reszty nauk lekarskich, skreśliwszy w kilku rysach jej rozwój historyczny, pragnąłbym jeszcze w tym pierwszym wykładzie zwrócić Panów uwagę na znaczenie znajomości nauki naszej dla Was, jako przyszłych sędziów, oskarżycieli lub obrońców.

W najnowszym planie studyów prawniczych, obowiązujących już na mocy ministeryalnego rozporządzenia od bieżącego półrocza, dostrzegliście Panowie, iż wykłady z medycyny sądowej, choć nie są objęte szeregiem tak zwanych obowiązkowych przedmiotów, jednak Waszej uwadze polecono.

Godzi się zapytać, dlaczego znajomość medycyny sądowej ma dla Panów znaczenie?

Jeźli się myślą cofniemy nieco wstecz w czasy, w których obowiązywała ustawa o postępowanin karnem wydana w roku 1853., to przekonywamy się, iż wówczas musiał sędzia uwolnić obżałowanego od winy mimo przekonania o jego winie, jeźli zeznania obżałowanego, naoczne widzenie a wreszcie orzeczenie znawców nie dały dostatecznych dowodów do jego potępienia. Już z tej osnowy wynika, że zakres samodzielnej czynności sędziego był nader ciasny. Tymczasem §. 258. obecnie obowiązującej ustawy o postępowaniu karnem rozszerza zakres działania sędziego, odtąd wydaje on wyrok na podstawie wyniku dowodowego postępowania i własnego uznania. Jeźli na rozstrzygnięcie o winie ludzkiej ma wpływać własne przekonanie sędziego; to aby ono było słusznem i z prawdą zgodnem, należy mu się oprzeć na pewnych, trwałych podstawach. Jeźli zatem sędzia ma wyrokować w sprawie, której wyjaśnienie wymaga znajomości zasad nauk lekarskich, jasna rzecz, powinien on o ile możności zaznajomić się z niemi. Te potrzebne zasady nauki, jemu zresztą obcej, podać mu może w wystarczający sposób medycyna sądowa, którą też w uznaniu istotnej potrzeby wliczono w poczet przedmiotów wykładowych.

Mimo to jednak nie osiągnięto przez to w zupełności pożądanego skutku; polecenie zaznajomienia Panów z zarysem nauki naszej pozostaje niestety wcale tylko teoryą.

Wszakżeż nie tylko u nas, lecz i w Niemczech można się spotkać ze zdaniem, że medycyna sądowa to przedmiot zajmujący, lecz nie w całości. Są w niej ustępy, które warto usłyszeć z katedry, są jednak i takie, które nie są w stanie zająć prawnika.

I w istocie jakżeż to częstem jest zjawiskiem, że w czasie wykładów z pewnych działów medycyny sądowej audytoryum szczelnie się zapełnia bez względu na to, że znaczenie działu tego jest nierównie mniejszem od innych, które stanowią ów mniej zajmujący temat dla prawnika, jakkolwiek znajomość ich dokładna częściej jest potrzebną w praktycznem życiu.

Przekonacie się Panowie w biegu wykładów, że nauka nasza, podobnie jak i wszystkie nauki lekarskie, nie jest skończoną i już zamkniętą, lecz, że owszem postęp jej, dociekanie niewyjaśnionych jeszcze zagadnień, zatrudnia umysły mnóstwa badaczy i długo zatrudniać będzie. Przekonacie się, że nauka nasza mimo usilnych dążeń pozostawia wiele zagadnień nierozjaśnionych lub wątpliwych; ocenienie zaś należyte wszystkich zagadnień czyni zależnem od biegłości i dokładnej znajomości przedmiotu. Zadaniem znawcy lekarza jest wyjaśnić i wytłómaczyć sędziemu pewne kwestye zachodzące w danym przypadku sądowym, ścisły mające związek z naukami lekarskiemi.

Ażeby mogli wzajemnie zrozumieć się znawca lekarz i sędzia, musi lekarz zdanie swe zastósować do właściwych wymagań prawa, sędzia zaś powinien być bodaj teoretycznie przygotowanym do należytego zrozumienia orzeczenia lekarskiego. Jak z jednej strony brak znajomości zasad medycyny sądowej u lekarza, choćby najwięcej wykształconego w praktycznym swym zawodzie, nie dozwala mu występować przed sądem w roli znawcy, tak z drugiej strony tenże sam brak znajomości nauki naszej u sędziego, zniewala go do bierności, do ślepego zawierzania wezwanemu znawcy. I jeszcze porozumienie się lekarza ze sędzią nieświadomym zasad medycyny sądowej będzie łatwiejszem, jeźli rozchodzi się o ocenienie pewnego stanu fizycznego, n. p. uszkodzenia cielesnego. W przypadkach wątpliwego stanu umysłowego może często obudzić się u podobnego sędziego brak wiary w opinię lekarską, która łatwo dać może powód do objawienia zdań zbyt lekceważących naukę. Mam tu na myśli zdanie sędziów dość pospolite, iż lekarze dziwną znajdują przyjemność w rozpoznawaniu obłąkania tam, gdzie go w istocie nie ma, ba nawet! co gorsza, przypominam sobie zdanie pewnego sędziego angielskiego wyrzeczone wśród rozprawy, że rozpoznanie obłąkania u podsądnego zamożnego stanowi u lekarzy znawców wygodny a pewny fortel dla ocalenia człowieka przewrotnego od hańby i kary!

Powiada przysłowie, że trudno mówić pozbawionemu wzroku o kolorach. Trudno a nawet wprost nie można poddawać w wątpliwość zdania znawcy, jeźli się nie posiada odpowiednich wiadomości.

Jako ludzie mylimy się i często, jednak częstość omyłek jest indywidualną a zależy od przygotowania się naszego, od doświadczenia i wprawy. Ztąd też częściej omyli się znawca niezawodowy, niż zawodowy; pierwszy może omylić się w swem orzeczeniu nawet w granicach dostępnych dla sędziego obeznanego z medycyną sądową. I w tem tkwi także doniosłość znajomości nauki naszej dla Panów. Znajomość jej nie tylko ułatwi wzajemne porozumienie się Panów ze znawcą, lecz da Wam możność własnego sądu, własnego przekonania, z którego skorzystacie jawnie tam, gdzie opinia znawców wyda się Wam mylną, niedokładną lub niejasną. Na tej podstawie będziecie w stanie niejednokrotnie zwrócić uwagę lekarzy na okoliczności przez nich zupełnie pominięte lub niedostatecznie wyjaśnione, ocenicie sprawiedliwie, czy zachodzi potrzeba zasięgnięcia zdania innych znawców lub zdania wydziałów lekarskich.

Wreszcie pominąwszy korzyści, jakie wypłyną ze znajomości nauki naszej w przyszłem Waszem urzędowaniu, toć trzeba przyznać, że znajomość nauki łączącej w sobie wszystkie gałęzie nauk lekarskich a po części i przyrodniczych, posłuży Panom znakomicie do rozszerzenia wykształcenia, do rozwinięcia poglądu na wiecznie młodą, piękną a niezgłębioną przyrodę.

Kończąc ten pierwszy wykład, oddaję się tej myśli, iż zrozumieliście mnie Panowie należycie, iż poświęcicie chętnie godzin kilka tym wykładom, aby kiedyś powiększyć liczbę tych wszechstronnie wykształconych sędziów, z którymi spotkać się znawcy lekarzowi będzie zawsze miłem a wdzięcznem zajęciem.

II. Z zakładu higienicznego prof. Dra Bujwida w Krakowie.

Przyczynek do badania bakteryologicznego chorobowej wydzieliny górnych dróg oddechowych.

Podał

Dr. Aleksander Baurowicz.

Lubo od wielu lat badano wydzielinę nosa dla wykrycia przyczyny t. zw. *ozaena* czyli *rhinitis chronica atrophica foetida*, przecież badania te nie doprowadziły do żadnego rezultatu a znalezienie znacznej ilości ziarniaków i prątków nie rozwiązało tego pytania. Te same rodzaje, które spotykano w *ozaena*, znajdywano i w innych sprawach chorobowych nosa a nawet w nosie prawidłowym. W jednej tylko chorobie badanie wydzieliny nosa wypadło pomyślnie a mianowicie w zmianach błony śluzowej w twardzielu (*scleroma*).

Zanim poznano przyczynę tej choroby, ograniczano ją wyłącznie do nosa, do tych tylko przypadków, w których nos zmieniał swój kształt, nie wiedziano bowiem, że w błonie śluzowej nosa mogą powstawać zboczenia, które choć nie wywołują zmian w kształcie nosa, przecież mają swą przyczynę w prątku Frischa. Przypadki te jednak przed poznaniem ich właściwej przyczyny znane były już nestorowi laryngologów, Türkowi; szeregi całe opisał Stoerk, dając im miano *blennorhoea chronica* a dopiero z czasem, gdy wykryto przyczynę dla *scleroma nasi* Hebry, przekonano się, że zmiany te mogą istnieć w wysokim nawet stopniu a przecież postać zewnętrzna nosa pozostać może zupełnie bez zmian, dalej, że zmiany te znajdować się mogą i w dalszych częściach górnych dróg oddechowych. Dziś wiemy, że tak zwana *blennorrhoea Stoerki*, w tem właściwem rozumieniu, jak ją przedstawił Stoerk, ma swą przyczynę w *scleroma*. Już Stoerk opisując tę chorobę, zwrócił uwagę na jej nagminne występowanie w prowincyach wschodnio-północnych monarchii austro-węgierskiej; choć dziś sporadyczne jej przypadki trafiają się we wszystkich niemal krajach i częściach świata, przecież największa ich liczba przypada na Galicyę, prowincye polskie pod panowaniem rosyjskiem, dalej Szlask, Czechy i Morawę. Tak w krótkim czasie, bo zaledwo w sześciu miesiącach miałem sposobność spostrzegać 17 przypadków, ściśle obserwowanych tej tak ciężkiej i nieuleczalnej choroby. Przypadki te chorobowe nie ograniczały się tylko do nosa, ale zajmowały też w różnym stopniu jamę noso-gardłową, gardło, krtań i tchawicę a w jednym razie nawet błonę śluzową jamy ust i języka. Choroba ta, tak pospolita w Galicyi a w zwężeniach krtani u dorosłych niemal pierwsze zajmująca miejsce, przecież nie zawsze bywa rozpoznawana należycie przez to, że zmiany w tej chorobie uważa się albo za zmiany nieżytowe albo za kiłę, ba nawet za gruźlicę (w razie zmian w krtani) a jedynie w przypadkach z charakterystycznemi zmianami nosa, nikt nie waha się w rozpoznaniu. Cechą tych ostatnich przypadków jest wreszcie pozostawanie przez bardzo długi czas zmian w nosie, zanim sprawa przeniesie się na dalsze drogi oddechowe, jak gardło, krtań i tchawicę, co było też przyczyną, iż chirurgowie usiłowali przez odpowiednie zabiegi usuwać tę chorobę; we wszystkich jednak przypadkach, choć po latach przyszło do nawrotów tej choroby i dalszego jej szerzenia się na krtań i tchawicę tak, że dziś chirurgowie zaniechali już zabiegów w tej mierze.

W przypadkach twardziela bez zmian zewnętrznych nosa, jak mnie własne przypadki pouczyły, już w $1/2$ roku do 2 lat po zaczęciu się objawów w nosie, zaczęły się dołączać suchość w gardle, chrypka i dalsze następstwa tej choroby. We wszystkich przypadkach, jakie mi spostrzegać wypadło, zajętemi już były całe górne drogi oddechowe; w jednym zaś przypadku z pominięciem krtani zmiany chorobowe usadowiły się w tchawicy, wywołując jej zwężenie. Nie twierdzę bynajmniej, by wszystkie przypadki twardziela musiały zaczynać się w nosie, jak nas o tem pouczają trzy pierwotne przypadki twardziela krtani opisane przez Juffingera a potwierdzone przez badanie histo-bakteryologiczne wyjętych z krtani kawałków, zwracam jednak uwagę na to, by nie ograniczać się tylko do przedmiotowego badania nosa tak od przodu jak tyłu i zadowalać się, że to badanie twardziela nie wykryje, ale w przypadkach tych badać bakteryologicznie wydzielinę nosa i jamy noso-gardłowej i dopiero, gdy to twardziela nie wykaże, mówić o właściwie pierwotnych postaciach tej choroby w krtani. Tych ostatnich badań brak właśnie w przypadkach pierwotnego twardziela krtani opisanych przez Juffingera.

Trudno bardzo jest znaleść przypadek, w którymby badanie wydzieliny nosa dało nam typowe kolonie prątków twardzielowych, bez znalezienia bodaj początkowych już zmian anatomicznych w nosie lub w jamie noso-gardłowej, gardle, krtani i tchawicy. Przecież przy częstych badaniach wydzieliny nosa może się natrafi na przypadek taki, w którym znajdziemy prątki Frischa przy zupełnym braku zmian anatomicznych, mogąc rozpoznać to pierwsze niejako stadyum choroby. Badanie bakteryologiczne wydzieliny nosa odgrywa więc ważną rolę, będąc nam pomocnem w wielu razach w odróżnieniu twardziela od innych chorób; nie powinno się też nigdy go zaniedbywać przy rozpoznawaniu *chorditis vocalis hypertrophica inferior*. Bo jakkolwiek stanowczo twierdzić nie można, że każda *chorditis hypertrophica inferior* ma przyczynę swą w twardzielu, to przecież zważyć musimy na to, iż ta sprawa chorobowa jest bardzo często postacią zmian twardzielowych w krtani. W każdym więc przypadku należy szczegółowo badać nos przez rynoskopowanie tak od przodu jak i od tyłu i zbadać bakteryologicznie wydzieliny nosa.

Miałem sam sposobność przekonać się, że nie w każdym przypadku twardziela krtani a głównie w postaci jej występującej jako *chorditis hypertrophica inferior* uzyskany z niej kawałek wykazał przy badaniu histo-bakteryologicznem twardziel, mimo, że były to przypadki o typowych zmianach w nosie i jamie noso-gardłowej, stwierdzone zresztą przez badanie bakteryologiczne wydzieliny tak z nosa jak i z krtani. Ten rezultat badania miał swoją przyczynę w okresie sprawy chorobowej, dając nam tylko obraz tkanki włóknistej nawet w najgłębszych częściach kawałka. W innych razach nie było wprawdzie komórek Mikulicza ani prątków, ale natomiast znalazłem ogniska tkanki granulacyjnej obok

ognisk starej tkanki łącznej a nadto komórki szkliste (hyalinowe), co przemawiało bardzo za zakaźną naturą tych zmian. Badanie uzyskanych na drodze śródkrtaniowej kawałków z *chorditis inferior* często może twardziela nie wykazać, co jednak jeszcze przeciw twardzielowi nie przemawia, bo w częściach powierzchownych może już być brak zmian charakterystycznych a znajdować się będzie tylko tkanka łączna i zgrubienie przybłonka, w częściach zaś głębszych zmiany mogą być typowe. Kawałki, jakie miałem do zbadania, uzyskane przy laryngofisurze, były dostatecznie duże a przecież nie zawsze dał się w nich wykazać twardziel. Trzeba więc przy opieraniu się na wyniku badania histologiczno-bakteryologicznego być zawsze ostrożnym i dlatego sądzę, że badauie wydzieliny jest bardzo ważne w tych przypadkach, gdzie w nosie brak nam zmian charakterystycznych, badanie kawałka wyjętego z krtani również twardziela nie wykazało a wtedy jedynie badanie bakteryologiczne wydzieliny rozstrzygnie, czy wolno nam w tym przypadku mówić o *chorditis hypertrophica inferior*, mogącej powstać jako następstwo przewlekłego nieżytu krtani, lub być wyrazem idealnych postaci zapaleń ochrzęstnej chrząstki obrączkowej czy nie. Przypadki *chorditis vocalis hypertrophica inferior*, które miałem sposobność spostrzegać, miały swą przyczynę w twardzielu; czy przewlekły nieżyt krtani może wywołać wałkowate zgrubienie popodwięzadłowe, brak mi własnego doświadczenia a zresztą, gdyby była ta t. zw *chorditis hypertrophica inferior e catarrho*, należałaby do bardzo rzadkich przypadków; spotykamy bowiem tak często ciężkie postacie przewlekłych nieżytów krtani a przecież brak nam owych popod więzadłami zgrubień. Że podobne zgrubienia mogą pojawiać się u dzieci cierpiących na częste napady dławca wrzekomego *(pseudocroup)*, lub jako pozostałości po dławcu właściwym i stanowić stałą przez długi czas przeszkodę w oddychaniu, o tem nie wątpię, znając sam podobne przypadki i znajdując je opisane w podręcznikach. Co się tyczy *chorditis vocalis hypertrophica inferior catarrhalis,* nie mam własnych obserwacyj i czekam na przypadek, w którymbym mógł znaleść inną przyczynę, jak twardziel, po wykluczeniu oczywiście *perichondritis cricoidea*, wreszcie nacieków popodwięzadłowych, mających swą przyczynę w gruźlicy lub kile. O obrzmieniach popodwięzadłowych ostrych, mogących wywołać objawy zwężenia a towarzyszących nieraz ostrym zapaleniom krtani, nie wspominam, gdyż sprawa ta jako ostra, nie wchodzi tu wcale w rachubę a zresztą rozpoznanie jej nie ulega żadnej kwestyi.

Idąc za radą prof. Bujwida, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie, używałem do swoich badań metody poleconej mi przez niego, metody szczepienia wydzieliny wprost na agar-agar [1]) i przekonałem się o znacznych jej zaletach, mogąc już w 12-tu godzinach rozpoznać sprawę, co przy badaniu na płytkach żelatynowych jest wprost niemożliwe. Korzystamy przy tej metodzie znacznie na czasie a nadto szczepiąc w ten sposób na agar-agar i kawałki wyjęte do zbadania mikroskopowego, mamy już dnia następnego rozpoznanie, zanim możemy kawałek ten krajać.

Oczywiście, że nie zaniechałem nigdy badania histologicznego, ale badanie to na agarze ułatwiało mi bardzo rozpoznanie, przemawiając za twardzielem lub przeciwko niemu. Jeżeli sposób tego badania w innych razach nie jest tak odpowiedni, to przy badaniu wydzieliny nosa i kawałków tkanki ze stanowiska głównie dyagnostycznego okazał się bardzo praktycznym i rychło prowadzącym do celu. Wzrost kolonii prątków Frischa na pożywce agarowej, dalej podobnych do nich ziarniaków Friedländera i ziarniaków z otoczkami napotykanych w cuchnącem owrzodzeniu nosa *(ozaena)* jest do złudzenia podobny; te ostatnie wszakże bardzo rzadko znajdujemy w wydzielinie nosa, jak sam mogłem się przekonać. W przypadkach twardziela ilość typowych kolonij jest zawsze bardzo obfita, otrzymujemy prawie czystą hodowlę, gdy natomiast w przypadkach nie wykazujących twardziela podobnych kolonij, jak wspomniałem, wcale niema. Przytem spostrzeżenie prof. Bujwida, iż przy barwieniu kolonij z pierwszych 24 godzin prątki Frischa przedstawiają zawsze bardzo wyraźne otoczki, które przy diplokokach Friedländera wcale nie występują lub bardzo trudno wykazać się dają, może nam stanowczo służyć za podstawę rozpoznawczą tak, że chyba wyjątkowo tylko należałoby się uciec do badania ich własności chemiczno-biologicznych (Paltauf), pozwalających nam odróżnić prątki twardziela od diplokoków Friedländera po tem, że prątki Frischa, rosnąc w mleku, nie wywołują jego kiśnienia; wreszcie pozostałyby nam doświadczenia na zwierzętach.

W końcu niech mi będzie wolno podziękować prof. Pieniążkowi za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego.

[1]) patrz *Nowiny lekarskie* Nr. 3. 1892.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił
Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

5) Czy kiłowy płód może zarazić matkę? Wsteczne zarażenie się matki kiłą od płodu (teorya *choc en retour*).

Nadmieniliśmy już poprzednio, iż niektóre matki pomimo zapłodnienia przez kiłowych mężów pozostają nadal zdrowemi i nie okazują żadnych objawów kiły, chociaż wydały na świat kilkoro nawet kiłowych dzieci; w innych zaś przypadkach kobiety, majace mężów kiłowych, dopóty tylko są zdrowe i wolne od kiły, dopóki nie zajdą w ciążę; po zapłodnieniu zaś stają się niedokrewnemi, wypadają u nich włosy, oraz występują inne objawy ogólnego zboczenia w odżywianiu; wreszcie, po jednej lub kilku ciążach, zakończonych zwykle poronieniem, niekiedy zaś przyjściem na świat donoszonego dziecka z kiłą dziedziczną, pojawiają się u matki wyraźne oznaki zakażenia kiłowego.

Biorąc pod uwagę, iż w podobnych przypadkach nie dostrzega się u takich matek pierwotnego objawu kiłowego, oraz że poprzedzały poronienia lub porody dzieci kiłowych, sądzili niektórzy, iż matki, noszące w swem łonie płód kiłowy, zarażają się od niego w ten sposób, iż przyrzut kiłowy dostaje się przez łożysko do ustroju matki. Kiła matki wtedy objawia się odrazu zmianami drugorzędnemi, niepoprzedzonemi objawem pierwotnym; choroba zaś nie zawsze

występuje podczas pierwszej ciąży, lecz zwykle później, niekiedy nawet po upływie 2—4 lat.

Wymieniona teorya, przypuszczająca wsteczne zakażenie się matki od płodu kiłą, nazwana przez francuskich syfilidologów teoryą *choc en retour* (Ricord) lub *syphilis par conception* (Diday, Fournier), znalazła najwięcej poparcia w Anglii i Francyi; obecnie zaś pozyskała wielu zwolenników w Niemczech i Austryi (Baumler, Caspary, Zeissl, Neumann, Finger).

Zdawałoby się, iż teorya *choc en retour* powinna być zupełnie uzasadnioną i należycie popartą faktami; tak jednak wcale nie jest, jak się o tem wkrótce przekonamy, rozpatrując zasady i dowody, na których opiera się przerzeczona teorya.

Wcale niezasłużone powodzenie, jakiem dotąd cieszy się teorya wstecznego zarażenia się matki od płodu, zależało po części od braku uzasadnionej krytyki, oraz niezwrócenia należytej uwagi na stósunki anatomiczne i fizyologiczne, w których pozostaje płód do matki. W piśmiennictwie, odnoszącem się do tej kwestyi, żaden autor z wyjątkiem Kassowitza nie zastanawiał się krytycznie nad sprawą wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu; w r. 1886 autor niniejszej rozprawy poddał teoryę *choc en retour* krytycznemu rozbiorowi i wykazał wówczas, iż wstecznego zarażenia się matki należycie nie udowodniono [1]); uwag jednak i zarzutów podniesionych w wymienionej pracy nie uwzględnili inni syfilidologowie. W obecnej pracy zamierzyłem więc ponownie rozpatrzyć tę sprawę ze stanowiska nowszych poglądów, oraz z uwzględnieniem najnowszej literatury przedmiotu; główną jednak podstawą następnego działu pozostaną wypowiedziane przeze mnie w r. 1886 poglądy i zarzuty.

Twórcą teoryi wstecznego zarażenia się matki od płodu kiłą był Gardien [2]); zwrócił on albowiem poraz pierwszy uwagę na to, iż dość często żony kiłowych mężczyzn dopiero po zajściu w ciążę zapadają na rozmaite objawy kiły, co też wskazuje zdaniem autora na zarażenie się matki od płodu w ciąży. Wkrótce też inni autorowie potwierdzili okoliczności spostrzegane przez Gardiena, jak Colles [3]), Baumès [4]), Egan [4]), Ricord [5]); obok tego Troncin [6]), Semanas [7]) i Langier [8]) opisali przypadki tyczące się kobiet, u których dopiero po zapłodnieniu przez kiłowych mężów wystąpiły objawy kiły. Z pośród dawniejszych autorów, którzy też oświadczyli się byli za teoryą *choc en retour*, przytoczymy tu Harveya [9]) Tylera, Smitha [10]), Lafont-Gouzyego [11]), Putegnata [12]), Roberta [13]), Merica [14]), Bazina [15]) i Didaya [16]). Najżarliwiej popierał teoryę wstecznego zarażenia matki przez płód Diday, przytoczone jednak przez niego spostrzeżenia nie dowodzą dostatecznie teoryi *choc en retour*, w żadnem z nich albowiem nie można było z pewnością wyłączyć pierwotnej zmiany u matki, wystąpienie zaś drugorzędnej kiły w początkach ciąży niewątpliwie wskazywało na zarażenie się matki przed zajściem w ciążę, choroba więc jej mogła pochodzić od męża. Balfour [1]) przytoczył na poparcie wymienionej teoryi cztery przypadki, w których kobiety, zapłodnione przez mężów kiłowych, dostawały podczas ciąży objawów kiły drugorzędnej; ze względu jednak na to, iż w 2-ch jego przypadkach wspomina się o stwardnieniu warg sromnych, można było tu przypuścić zwykłe zarażenie się od męża; w dwóch zaś pozostałych przypadkach poprzedniego stanu zdrowia chorych matek wcale nie zbadano a więc pierwotna zmiana łatwo mogła przejść niepostrzeżenie. W obec tego przypadki Balfoura musimy uznać za wątpliwe i nie udowadniające możliwości zarażenia się matki od płodu kiłą.

Z innej znów strony Maisonneuve i Montagne [2]) oraz Cullerier [3]) wcale zaprzeczali możliwości łożyskowego zarażenia się matki kiłą od płodu; Trousseau [4]) też nie popierał teoryi *choc en retour*.

W r. 1856 wymieniona teorya pozyskała gorliwego zwolennika i obrońcę w osobie znanego angielskiego chirurga i syfilidologa Hutchinsona [5]); ogłosił on w kilku pracach 50 przypadków, które miały dowieść niewątpliwego zarażenia się matki od płodu kiłą za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku. Na podstawie swych spostrzeżeń twierdził Hutchinson, iż matka zapłodniona przez kiłowego męża, zaraża się przez łożysko nie odrazu, lecz stopniowo kilkoma nawrotami, które następują każdym razem podczas ciąży. U kobiet w ten sposób zarażonych rzadko spostrzega się zwykły przebieg drugorzędnego okresu kiły; najczęściej odrazu występują po niejakimś czasie osutki łuszczące się na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris*), guzy, owrzodzenia pełzające i t. p. późne objawy kiły. Przeciwko teoryi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu oświadczyli się wkrótce: Lindwurm [6]), Behrend [7]), Knoblauch [8]), Baerensprung [9]) i Geigel [10]) twierdzili zaś, iż zarażenie matki zapłodnionej przez kiłowego męża, nie następuje za pośrednictwem płodu, lecz matka nabywa kiły wprost od męża.

Wkrótce po ukazaniu się artykułów Hutchinsona, tyczących się teoryi *choc en retour*, ogłoszono w dalszym ciągu kilka spostrzeżeń, przemawiających na jej korzyść (Beyran [11]), Maigrot [12]), van-Buren [13]), Bryant [14]), Dieulafoy [15]); włoski zaś syfilidolog Gamberini [16]) w r. 1869

[1]) Gazeta lekarska 1886. 19. 20. i następne; St. Petersb. med. Woch. 1886. 16. 17.
[2]) Traité des accouchements. Paris 1824.
[3]) Praktische Beobacht. über syphil. Krankheit. Hamburg. 1839. str. 253—254.
[4]) Précis théor. et prat. des malad vénér. Paris 1840. I. s. 80.
[5]) Dublin Journal. 1846. May.
[6]) Lancet. 1848. str. 384; Gaz. médicale de Paris. 1849. str. 753.
[7]) De l'extinction de la maladie vénerienne. Paris. 1834. str. 50.
[8]) Gaz médicale de Paris. 1849. 40.
[9]) Diday. Traité de la syph. des nouveau-nés. Paris. 1854. s. 247.
[10]) Gaz. médicale de Paris. 1850. str. 150.
[11]) Lancet 1854. March str. 266; Journ. f. Kinderkrankheit. 1855. XXV. str. 98—101.
[12]) Journal de médecine de Toulose. 1854. Avril. May.
[13]) Histoire et théor. de la syph. des nouveau-nés. Paris. 1854. s. 115.
[14]) Traité des mal. vénériennes. Paris. 1853. str. 228.
[15]) Lancet. 1858. Sept. 18.
[16]) Leçons sur les Syphilides. Paris. 1859. str. 45.

[1]) Edinb. medical Journal. 1856. Octobre.
[2]) Traité des mal. vénériennes. Paris. 1853. str. 360—373.
[3]) Arch. génér. 1854. Septembre.
[4]) Gazette des hôpitaux. 1857. 127.
[5]) Medic. Times and Gaz. 1856/57; a medical memoir on certain diseases of the eye etc. London. 1863. str. 209.
[6]) Canstatts Jahresber. 1855. IV. str. 840.
[7]) Behrend's Syphilidologie. N Reihe. II. 2. str. 275.
[8]) Berend's Syphilidologie. N. Reihe. III. 4. str. 576.
[9]) l. c. str. 50—51.
[10]) Gesch. und Pathol. der Syphilis. Würzburg. 1867, str. 297.
[11]) L'Union médicale. 1862. 26. str. 456—458.
[12]) Tamże 1862. 84. str. 124—118.
[13]) American Journal of Syphilography. 1870. 1. str. 17—22.
[14]) Medical Times and Gazette 1872. July 27. II. str. 94.
[15]) Violet. Etudes sur la Syphilis infantile. Paris 1874. str. 42.
[16]) Giorn. ital. d. mal. veneree. 1869. I. Gennajo str. 321—327.

oświadczył się stanowczo przeciwko teoryi wstecznego zarażenia się matki od płodu i utrzymywał, iż przyrzut kiłowy nie może przejść od płodu do obiegu krwi u matki przez łożysko a to dzięki właściwościom anatomicznej budowy łożyska oraz z przyczyny różnicy w czynnościach fizyologicznych macierzyńskiej i płodowej części łożyska; pierwsza bowiem składa się z gruczołów błony śluzowej macicy i czynność jej ogranicza się do wydzielania, druga zaś część łożyska składa się przeważnie z tkanki naczyniowej, której zadaniem jest wchłanianie (E r c o l a n i [1]).

L a n c e r e a u x [2]) i F r a e n k e l [3]) przytoczyli kilka przypadków, w których matka dostała kiły od płodu. Jednocześnie też niemieccy autorowie Z e i s s l [4]) i B a u m l e r [5]) zgodzili się z poglądami H u t c h i n s o n a na kwestyę wstecznego zakażenia matki od płodu kiłą.

W r. 1875 K a s s o w i t z w obszernej i klasycznej rozprawie o kile dziedzicznej zwrócił szczególną uwagę na teoryę *choc en retour*); rozpatrując krytycznie teoretyczne dowody oraz spostrzeżenia kliniczne, na które powoływali się obrońcy teoryi *choc en retour* [6]), wykazał K a s s o w i t z bezpodstawność teoretycznych rozumowań oraz wyjaśnił, iż wszystkie spostrzeżenia w tym względzie należy uważać za wątpliwe i nieprzekonywające, szczególnie zaś tyczy się to przypadków opisanych przez H u t c h i n s o n a, w których wywiady były bardzo niedokładne. Opierając się więc na braku należytych dowodów i okoliczności, zalicza autor teoryę *choc en retour* do rzędu hipotez, nie mających żadnej podstawy.

Przeciwko zdaniu K a s s o w i t z a powstał jednak C a s p a r y, podając swoją drogą w wątpliwość jego teoretyczne dowodzenia, nie mógł wszakże zwalczyć zarzutów, podniesionych przez K a s s o w i t z a przeciw teoryi zarażenia się matki od płodu, chociaż przytoczył kilka spostrzeżeń, mających dowieść wymienionej teoryi [7]).

Za poglądami K a s s o w i t z a oświadczyło się wkrótce kilku innych syfilidologów, jak: O e w r e [8]), F l i n d t [9]), W o l f f [10]), W i e d e [11]), A n t o n [12]) i R o s e n b e r g [13]). Według zaś mniemania J u l l i e n a [14]), N e u m a n n a [15]), S p i e g e l b e r g a [16]) i D r y s d a l e a [17]) wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu dostatecznie nie udowodniono, jakkolwiek wydaje się ono możliwem ze stanowiska teoretycznego.

Tymczasem poglądy H u t c h i n s o n a pozyskiwały sobie zwolna coraz liczniejsze grono zwolenników wśród syfilidologów i akuszerów; niektórzy autorowie utrzymywali nawet, iż wsteczne zarażenie się matki przez łożysko dość jest częste, przebieg kiły u matki ulega wtedy pewnej zmianie i staje się wcale nieprawidłowym, mianowicie brakuje zawsze pierwotnej zmiany kiłowej, objawy zaś ogólne drugorzędne są pierwszymi objawami choroby. Kiła nadto występuje u takich matek dopiero po upływie kilku miesięcy i nawet lat po zapłodnieniu przez kiłowego mężczyznę a więc okres pierwszego utajenia, względnie wylęgania się choroby przedłuża się znacznie (T a r n o w s k i [1]), D i d a y [2]), F ü r t h [3]), F o u r n i e r [4]), Z e i s s l [5]) i E n g e l [6]).

W latach 1876/77 wystąpił H u t c h i n s o n [7]) z dokładniejszem wyłożeniem swej teoryi o łożyskowem zarażeniu się matki kiłą od płodu. Zwróciwszy uwagę na znaną już oddawna okoliczność, że kobiety zapłodnione przez kiłowych mężczyzn, tracą zdolność zakażenia się kiłą, twierdzi, że odporność matek względem kiły łatwo daje się wytłómaczyć zarażeniem się ich od płodu, co następuje podczas ciąży. W jednej gromadzie przypadków matki już w biegu ciąży zapadają na drugorzędne objawy kiły; w drugiej zaś gromadzie przypadków u zdrowych przedtem kobiet po wydaniu na świat kilkorga dzieci kiłowych następuje powolne i stopniowe zakażenie się kiłą, znamionujące się w początku wystąpieniem objawów, wskazujących na chèrę (niedokrewność, wypadanie włosów, upławy), poczem odrazu wybuchają późne objawy kiłowe drugorzędne, mianowicie zaś *psoriasis palmaris et plantaris,* kilaki, zajęcie kości i t. d. W trzeciej znów gromadzie kobiety pozostają pozornie zdrowemi i nie okazują żadnych widocznych objawów kiły, utracają jednak zdolność zarażenia się kiłą, t. j. nabywają zupełnej odporności względem tej choroby. Brak u matek pierwotnego objawu kiłowego najzupełniej przekonywa H u t c h i n s o n a o zarażeniu się wstecznem od płodu; wskutek tego więc przyrzut kiłowy wprost dostaje się do obiegu krwi u matki, czem się tłómaczy brak pierwotnej zmiany. Według mniemania H u t c h i n s o n a w takich przypadkach następuje stopniowe, nieznaczne i przewlekłe przenikanie jadu kiłowego do ustroju matki, który przeto powoli przyzwyczaja się do działania przyrzutu chorobowego i wcale nań nie oddziaływa.

T a r n o w s k i (l. c.) twierdzi, iż przypadki wstecznego zarażenia się matki od płodu kiłowego są dość częste; przypuszcza dalej, iż matka, wydając na świat dzieci z ojca kiłowego spłodzone, najczęściej musi być sama zarażoną przez płód, jednak w wielu przypadkach kiła matki pozostawać może jakiś czas utajona a cechuje się wtedy tylko odpornością na nowe zarażenie się. Taki stan pozornego zdrowia trwać może bardzo długo, nawet kilka lat, następnie jednak u matki, która była kilkakrotnie zapłodnioną przez zakażonego mężczyznę, mogą odrazu wystąpić późne objawy choroby w postaci kilaków, owrzodzeń głębokich i t. p. zmian.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Delle malattie del placenta. Bologna 1869.
[2]) Traité prat. et théor. de la Syphilis. Paris 1874; przekład rosyjski str. 610—611.
[3]) Ueber Placentar-Syphilis. Breslau 1873 str. 43.
[4]) Lehrbuch der Syphilis. II Auflage. Erlangen 1872.
[5]) Ziemssens Handbuch III. 1873 str. 53.
[6]) Die Vererbung der Syphilis. Wien 1876 str. 41—48.
[7]) Viertelj. f. Dermatol. 1877. 4. str. 481—493; 1881. 1. str. 35—45.
[8]) Assoc. fr. pour. l'avancements des sciences médic. 1878.
[9]) Den congenite Syphilis. 1878. str. 190—214.
[10]) Centralb. f. klin. Chirurgie. 1880. 32.
[11]) Beiträge zum Kapitel der heredit. Syphilis. Würzburg. 1880. str. 51, 81.
[12]) Ueber hereditaere Syphilis. Berlin 1880. str. 46—50.
[13]) Viertelj. f. Dermatologie 1882. str. 471—479.
[14]) Traité pratique des mal. vénériennes. Paris 1879. str. 999.
[15]) Lehrbuch d. Hauptkrankheiten· IV Aufl. Wien· 1880 str. 506.
[16]) Lehrb. d. Geburtshilfe. II Auflage. 1882. str. 251.
[17]) Pathol. und. Ther. der Syphilis. Stuttgart 1882 str, 140.

[1]) L a n c e r e a u x rosyjski przekład str. 611—612.
[2]) Annales de Dermatologie et Syphil. 1877. VIII str. 161—181.
[3]) Wiener Klinik 1878. IV. Heft 11—12. str. 201.
[4]) La Syphilis et le mariage. Paris 1880.
[5]) Lehrbuch der Syphilis. III. Auflage. Wien 1878 str. 113.
[6]) American Journal of. Obstetrics 1882. October.
[7]) Medical Times and Gazette 1876. II. 1830. str. 643—646; 1877. I. 1395. str. 306—308.

IV. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał
Dr. Stanisław Ponikło.

Ze stanowiska higienicznego należy uważać wyskok w każdej formie za truciznę. Zasadniczo należy go wykreślić z rzędu pożywek i wyłącznie zaliczyć do trucizn objętych toksykologią, względnie w odpowiedniej formie i wskazanych dawkach do leków podniecających, objętych lekospisem.

Nikt nie zaprzeczy, że nawykowe używanie wyskoku jako używki jest jedną z najczęstszych przyczyn rozlicznych zboczeń ustroju a nadużywanie go groźnym czynnikiem etyologicznym ciężkich i nieuleczalnych chorób różnych układów ustroju, w życiu zaś społecznym czynnikiem obniżającym lub wręcz porażającym czynność umysłową, upośledzającym moralną stronę, sprawiającym skarłowacenie pod względem fizycznym i umysłowym jednostek i całych pokoleń, spaczającym lub niszczącym prawidłowy bieg życia w rodzinie i społeczeństwie, nakoniec pośrednio sprowadzającym ofiary swe na bezdroża występku i zbrodni. Zapatrywania się nielekarzy a nawet lekarzy, że wyskok jest cennym środkiem zastąpić mogącym poniekąd niedostateczność pokarmu, niepośledniem źródłem ciepła i środkiem „wzmacniającym“ są fantazyą, lub uprzedzeniem; w rzeczywistości jest wyskok silną trucizną, na mózg i nerwy działającą a uspokajający, względnie rozweselający wpływ wyskoku polega na porażnem uśpieniu inteligencyi i refleksyi.

Bardzo mylnie w życiu codziennem uważa się tylko tego za pijaka nałogowego, który tyle pije, że doprowadza peryodycznie do rozwinięcia się okresu podniecenia lub okresu porażenia, tudzież tego, który wprawdzie nie wiele pije, jednak będąc wrażliwym na wpływ wyskoku już po małych dawkach dochodzi do okresu podniecenia, nie uznaje się zaś za pijaka nałogowego tego, który dobrze znosząc wyskok, zatruwa się nim w wysokim stopniu przez całe lata bez wybitnych złych skutków, aż wieloletnie zatrucie objawi się przy tej lub owej sposobności wybuchem obłędu opilczego. W rzeczywistości nałogowo nadużywającym wyskoku jest każdy, kto nie odczuwając żadnych szkodliwych skutków codziennie używa pewnej ilości wyskoku, tem więcej tego, który rozpocząwszy od małych dawek psychicznie podupadnie i straciwszy potrzebną energią pożąda coraz większej ilości wyskoku.

Domy przytułku, domy dla ubogich, szpitale i zakłady dla obłąkanych wypróżniłyby się o jedną trzecią część, gdyby brakło potężnego a zgubnego wpływu wyskoku; kwestya prawniczo-higieniczna więzień i ich urządzenia zaprzestałaby nasuwać tyle trudności w poprawnem jej rozwiązaniu, gdyby wyskok zaniechać mógł swej złowrogiej w społeczeństwie gospodarki. Wyskok to czynnik tak ważny w stósunkach społecznych, jak trudna kwestya ubóstwa w ścisłym z nim związku będąca, i niepodrzędne miejsce zajmuje w szeregu przeszkód utrudniających lub udaremniających prawidłowe a roztropne rozwiązanie do pewnego stopnia ugruntowanych zresztą żądań pod względem społecznym, będących, hasłem ostatnich lat dziesiątków.

Jeżeli gdzie, to tu widoczny jest nierozerwalny związek zasad higieny ze sprawami społecznemi, ekonomicznemi a w dalszym ciągu cywilizacyjnemi i politycznemi nazbyt mało dotąd uwzględniany w praktyce.

I tak wyskok jest we wszystkich państwach europejskich ulubionym przedmiotem opodatkowania, bardzo pożądanym, bo łatwym przedmiotem zaczepienia w fiskalizmie; wyjątkowo jednak widać w ustawodawstwie podatkowem państw słabe oznaki uwzględniania zasad higieny, t. j. dobrobytu fizycznego i umysłowego opodatkowanych, który wszakże z natury rzeczy jest miarą trwałej zdolności czynienia zadość wymaganiom podatkowym gminy, kraju i państwa. Po większej części koła rozstrzygające w sprawach opodatkowania do niedawna albo nie zastanawiały się nad higieną i jej doniosłością społeczną, nad jej doniosłością wprost pod względem wydatności podatkowej, albo też krótkim swym wzrokiem nie dostrzegały tej doniosłości, a ścieśnione zaklętym pierścieniem jednostronności, uwzględniającej tylko dobę dzisiejszą a ignorującej wręcz przyszłość według zasady *après nous le déluge*, nazbyt pewne siebie czyli, co w tym przypadku na jedno wyjdzie, nazbyt jednostronnie działające, aby wezwać do wspólnego działania czynniki świadome zasad higieny i skorzystać w granicach możebności z ich wskazówek. A przecież rzecz zupełnie naturalna, że pierwszym obowiązkiem państwa jest tak rządzić i tak administrować, aby systematycznie powiększać dobrobyt jednostki i całego zbioru jednostek państwo stanowiących, dobrobyt tak pod względem fizycznym i materyalnym, jak i umysłowym; oba te względy bowiem są od siebie nieodłączne. Idea ta winna się odbijać we wszystkich zarządzeniach, w akcyi ustawodawczej, luboby powierzchownie i płytko rzecz badającemu wydało się, że nie mają ze stroną higieniczną w szerszym zakresie pojmowaną ściślejszej łączności; idea ta winna przeniknąć maszynę ustawodawczą i administracyjną, która wtedy łatwiej, bez tarcia i trwalej pracować będzie a wyniki jej pracy będą trwałe i uczynią zadość prawidłowemu, systematycznemu a racyonalnemu postępowi.

Mimo to kwestya wyskoku tak pod względem sanitarnym i społecznym, jak i skarbowym w wielkiej części urąga dotąd w praktyce zasadom higieny, co tem więcej uderza, że zastósowanie we właściwych granicach tych zasad nie przyniosłoby ujmy skarbowi państwa, owszem pośrednio wzbogaciłoby ten skarb, nie naruszając w niczem prawdziwości chrześciańskiej idei ochrony jednostki zgodnie z zasadami higieny.

Czy n. p. sposób opodatkowania różnych form wyskoku w różnych państwach jest w harmonii z najprostszemi wskazówkami higienicznemi, rozpatrzymy poniżej i przekonamy się, że jest tu i ówdzie w sprzeczności; fiskalności bowiem zazwyczaj wystarcza zapełnienie luki w budżecie tak ponętnym przedmiotem opodatkowania jak wyskok, a gdy tę lukę zgrabnie wypełniła na rok lub lat kilka, uważała rzecz za ukończoną i trafnie, nawet jenialnie rozwiązaną a rozpatrywanie rzeczy ze stanowiska higienicznego wydawało się w wielu państwach zbytecznem, było teoretyzowaniem, mało licującem z trzeźwością i talentem administracyjnym kół sprawą finansową się zajmujących; to było bowiem rzeczą profesorów, *ex cathedra* sprawę o higienie, kwestyach społecznych i t. p. traktujących a mniej tyczyło się ludzi „czynu“. A przecież jedno z drugiem mogłoby być w pięknej harmonii, z korzyścią dla społeczeństwa, z korzyścią nawet dla wyników fiskalnych. Lecz z przeszłości nie sądźmy o przyszłości.

Należy się też spodziewać obecnie, kiedy higiena zyskała prawo obywatelstwa i pełne wpływu na stósunki społeczne zajęła stanowisko, reprezentacye narodów, jak i przedstawiciele rządów, w światłej a trzeźwej rozwadze jej doniosłości będą ją w swem działaniu uwzględniać, czego pocieszające objawy widzimy już w wielu sprawach i zarządzeniach różnych państw. Że dotąd nie uwzględniano jej zasad, jak należy, tłómaczy się tem, że nauka ta w ogóle, nawet w medycynie, jako nie oparta jeszcze mocno o ścisłą umiejętność, do niedawna młodziutka i nierozwinięta, odgrywała małą rolę, nie mogła przeto imponować w sprawach społecznych. Teraz wszakże jest inaczej.

Ustawa krajowa z r. 1877. przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych w lokalach i handlach publicznych, zresztą często wykonywana i przestrzegana niedokładnie, poskramia wprawdzie nieco nadużywanie, nie dozwalając doprowadzać do wyższych stopni upojenia, nie zapobiega atoli nawykowemu

zatruwaniu się wyskokiem, ze stanowiska higienicznego więcej szkodliwemu, niż peryodyczne nadużywanie, oddzielone dłuższymi lub krótszymi odstępami czasu wstrzemięźliwości; zapobiegać tedy się stara alkoholizmowi ostremu, nie dotykając alkoholizmu chronicznego.

Wolno bowiem każdemu odwiedzić handel 10 razy dnia i wypić każdym razem małą ilość napojów wyskokowych, nie wolno jednak doprowadzić w lokalu publicznym do wyraźnie rozwiniętego drugiego i trzeciego stopnia upojenia wyskokowego; ustawa rzeczona przeto działa raczej celem uchylenia zgorszenia publicznego, które sprawia obraz człowieka w okresie ostrego zatrucia wyskokowego, zatem raczej pod względem moralnym, niż higienicznym.

Nie zapobiega też ta ustawa nadużywaniu napojów wyskokowych w domu, albowiem wolno oczywiście każdemu nabyć dowolną ilość napojów wyskokowych celem konsumcyi w mieszkaniu prywatnem, nie zapobiega przeto opilstwu tajnemu, stokroć szkodliwszemu.

Ustawa w mowie będąca jednak, byleby ją energiczniej wykonywano i kontrolowano, jest dobrą i trafną, lubo tylko w małej części dopięła zamierzonego celu.

Państwo przysposabia podobno ustawę przeciw opilstwu, która nadużycie wyskoku wyższego stopnia, czyby nastąpiło w lokalach publicznych, czy nawet w mieszkaniu prywatnem, piętnuje jako przekroczenie i karze grzywną lub aresztem, zaczęło nadto utrzymywać nałogowych pijaków w ewidencyi tak, jak inne osoby policyjnie podejrzane. Praktyka okaże, o ile ta ustawa osięgnie cel zamierzony; mnie się wydaje atoli, że wyjąwszy przypadki publicznego zgorszenia, które należy karać aresztem, domy poprawy i sanatorya są właściwem miejscem dla nadużywających wyskoku. Nasuwają się też pewne wątpliwości, czy projekt tej ustawy nie wkracza za bardzo w prywatne stosunki obywatelskie, ustawami zasadniczemi zawarowane i nie ogranicza nad miarę wolności osobistej jednostki. W każdym razie cel tej ustawy nie tyle jest zapobiegawczy, ile piętnujący i poskramiający złe już spełnione a przeto pośrednio odstraszający.

Daleko więcej zdaniem mojem, niż ustawy, wpłynąć może korzystnie na poskromienie nadużywania napojów wyskokowych rozpowszechnienie zasad higieny, wyłożonych popularnie między jak najszerszemi warstwami; w tej mierze powitać należy rozporządzenie Ministerstwa oświaty z roku 1891., wprowadzające naukę higieny jako przedmiot obowiązkowy w seminaryach nauczycielskich. Przyszły nauczyciel ludowy, częstokroć jedyna osoba większej inteligencyi w gminie wiejskiej, świadomy zasad i najgłówniejszych wskazówek higienicznych, zostający w ustawicznej z ludem styczności, nie mało będzie mógł zdziałać ku odwróceniu ludu od groźnego w skutkach nadużywania napojów wyskokowych.

Mimo wszakże wszystkie zabiegi, lubo świadome celu i skuteczne, nie wykreślimy wyskoku z listy używek; nabył on przez wieki niejako prawa obywatelstwa i używanie go wniknęło nazbyt głęboko w życie jednostek narodów i społeczne, aby je można usunąć jakiemikolwiek ustawami, zarządzeniami i wpływami moralnymi, lub tylko ograniczyć w znaczniejszym stopniu. Lubo więc jest obowiązkiem państwa działać nieustannie w celu systematycznego poskramiania nadużywania wyskoku, tudzież ograniczania nawykowego lubo miernego jego używania, oddawanie się nadziei uzyskania rychło wydatnych wyników w tej mierze jest ideologią.

Skoro tak jest w rzeczywistości, należy przedewszystkiem działać celem zmniejszenia wpływów szkodliwych wyskoku w granicach realnych, w granicach racyonalnej możebności.

Wyskoku używa się w rozmaitych postaciach, bardzo różnych ze stanowiska higienicznego. Stósownie do gleby i stósunków klimatycznych różne narody przywykły do różnej formy napojów wyskokowych i wytworzyły się napoje wyskokowe niejako narodowe. I tak Francuzi i inne narody romańskie przywykli do wina, mając do dyspozycyi obfitą ilość tanich a lekkich win, tudzież napojów wyskokowych owocowych, narody germańskie uważają piwo za napój narodowy, lud nasz a w wyższym stopniu mieszkańcy Rosyi hołdują przedewszystkiem wódce, w małej tylko ilości używają piwa a bardzo wyjątkowo tylko lichego wina lub miodu; higiena uczy zaś, że równa ilość alkoholu użyta w postaci koniaku, wódki, wina, piwa, (przyjmując, że napoje te są należycie zrobione, niezafałszowane), rozmaicie, mniej lub więcej szkodliwie działa na ustrój.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

More Madden [1]) poleca kwas karbolowy w glicerynie z jodem i tampon z tanniny, w terpentynie maczany wraz z zasypywaniem kwasem borowym. Robertowi Corremu [2]) dało najlepsze wyniki stósowanie *acidum carbol. saturatum cum jodo*. Lawson-Tait poleca jako główny środek *plumbum aceticum* rozpuszczone w glicerynie. Milton [3]) radzi intubacyę macicy, co ma ułatwiać z jednej strony stósowanie środków leczniczych i z drugiej rodzajem drenowania umożliwiać odpływ wydzielin, gdy Pozzi takie drenowanie macicy uważa wprost za szkodliwe. Że nie wahano się używać najmocniejszych środków żrących na błonę śluzową macicy, dowodem polecenie ze strony amerykańskich ginekologów używania *acidum nitricum fumans*, które też poleca tak znakomity lekarz, jak Fritsch [4]). Saulmann [5]) chwali wprowadzanie do wnętrza macicy antroforów, z drutu w śrubę zwiniętego, otoczonego galaretą nierozpuszczalną, na której dopiero znajduje się warstwa galarety rozpuszczalna, zmięszana z rozmaitymi środkami leczniczymi, jak siarkan miedziowy 0·5%, rezorcyna 10%, chlorek cynku 1%.

Bez wątpienia bardzo ważnym przyczynkiem do leczenia nieżytu błony śluzowej macicy było wprowadzenie chlorku cynku przez Rheinstädtera [6]), środka następnie poleconego z wielu stron, jak przez Brösego [7]), Fritscha [8]) i t. d. We Francyi wywiązał się nawet długi spór między zwolennikami tego środka a jego przeciwnikami.

Głównymi zwolennikami tego środka są Polaillon i Dumontpallier [9]), którego zdaniem chlorek cynku działa przez szybkie ścinanie krwi w tkankach, zaczem idzie ich obumarcie i oddzielenie się. Według badań Schäffera [10]) działanie chlorku cynkowego polega na mumifikacyi tkanki. Błony wydzielające się po zastósowaniu ciasta (pasty) Canguoina składają się nie tylko z wydzielonej błony śluzowej, ale i z grubej na 2—3 mm. warstwy tkanki mięśniowej. Preparaty mikroskopowe okazują zupełnie dobrze zachowaną własność barwienia się komórek; z tej więc przyczyny uważa Schäffer działanie chlorku cynkowego za mumifikujące, w przeciwieństwie do *necrosis*, którą sprawiają inne środki. Wobec jednak tak głęboko sięgającego działania tego środka niebezpieczeństwo zwężenia bliznowatego jamy i szyi macicznej jest wielkie, szczególnie jeżeliby się używało go w postaci ciasta. E. Frän-

[1]) More Madden: Centralblatt f. Gyn. 1891. s. 912.
[2]) Robert Corry: The Lancet. Novemb. 1891. p. 1036.
[3]) H. Milton: The Lancet. Octobre 1891. p. 871.
[4]) Fritsch: Centralblatt f. Gyn. 1878. s. 561.
[5]) Saulmann: Centralblatt f. Gyn. 1891. s. 579.
[6]) Rheinstädter: Practische Grundzüge der Gyn. 1886, p. 49—53.
[7]) Bröse: Centr. f. Gyn. 1887, p. 720.
[8]) Fritsch: Centr. f. Gyn. 1887, p. 477.
[9]) Dumontpallier: Gaz. des hôpitaux 1890. Nr. 57. p. 521.
[10]) Schäffer: Centralblatt für Gyn. s. 383. 1891.

kel[1]) poleca gorąco ten środek, Fritsch używa 20,00 rozczynu 100% na litr wody do wstrzykiwań i przepłukiwań wśródmacicznych, nawet podczas regularności. Działanie tego środka jest bolesne, sprawia mocne kolki maciczne a często krwotoki. Użycie częstsze pasty jest wprost niebezpieczne. Fochier[2]) opisuje przypadek wymóżdżenia dziecka z przyczyny niemożliwości porodu przy bliznowatem zwężeniu szyi macicznej po użyciu pasty Canguoina. Pozzi musiał w jednym przypadku, leczonym przez dłuższy czas chlorkiem cynku, w którym wytworzyło się zbliznowacenie całego wnętrza macicy, w skutek powstałych przy regularności bolów zrobić histerektomią. Fraisse[3]) opisuje przypadek pęknięcia macicy przy porodzie z tej samej przyczyny, zakończony operacyą Porrego ze zejściem śmiertelnem. Picheoin[4]) zebrał materyały do tej sprawy i wylicza 54 wypadków zbliznowacenia wnętrza macicy po stósowaniu chlorku cynkowego. To też wielu, jak Le Dentu i Pozzi są przeciwnikami tego środka. Stratz[5]) porównywając wyniki leczenia chlorkiem cynkowym, kwasem mlecznym i operacyą wedle Schrödera, przypisuje w przypadku nieżytu szyi tej operacyi najlepsze skutki. Z innych środków wspomnieć trzeba metodę Jassouda[6]), który żegadłem Paquelina wypala wnętrze macicy, jak również metodę elektrolityczną Apostolego. Prochownick[7]) podawał ostrą *e. gonorrhoica* działaniu prądu stałego i widział bardzo dobre skutki.

Zapuszczanie błony śluzowej macicy środkami żrącemi winno odbywać się w pewnych odstępach czasu. Sänger[8]) podaje dla najzwyklejszych środków tablicę, w której widać, ile dni potrzeba, aby tkanki po zastósowaniu jednego środka powróciły do stanu prawidłowego. I tak dla *acidum nitricum fumans* potrzeba 20 dni, *zincum chloratum* 50% 15 dni, *lapis infernalis* 50% 6—7 dni, dla *tinct. jodi*, *acetum pyrolinosum*, *liq. ferri sesquichlorati* 2—3 dni. Mimo stósowania tych wszystkich, w części tylko wyliczonych środków i metod, opuściłem bowiem stósowanie maści, zasypywanie proszkami, jak jodoform, eurofen, dermatol, ałun, siarkan miedziowy, zawsze są przypadki nieżytu macicznego uporczywego, nie ustępującego żadnemu leczeniu. Dla tych to form wybitnych przez swoją uporczywość polecił jeszcze 1846 r. Recamier użycie skrobaczki, celem usunięcia chorej błony śluzowej. Metoda ta liczy dzisiaj bez wątpienia najwięcej zwolenników; sposób jej użycia jest łatwy, chodzi tylko o wykonanie tego zabiegu z wszelkiemi ostrożnościami co do antyseptyki i aseptyki i o dobór przypadków. Czy więc wszystkie uporczywe nieżyty maciczne nadają się do leczenia chirurgicznego, jakiem jest wyskrobanie macicy?

Zdaniem autorów przypuszcza się powszechnie, że skrobać należy w okolicznościach, które wykluczają zadraźnienie otrzewnej, więc w stanach przewlekłych, bez *pyosalpinx*, świeżych *perimetritis* i *parametritis*. Wiele przypadków wystąpienia groźnych, często śmiercią zakończonych spraw chorobowych przyczyniło się do utwierdzenia powyższego zapatrywania. Tymczasem wystąpili inni z odmiennem zdaniem. Trelat wychodząc ze stanowiska, że *perimetritis* jest wynikiem *metritis*, ta zaś pochodzi z *endometrium* jako pierwotnego ogniska zapalnego, stara się tę pierwszą przyczynę usunąć i wyskrobuje wnętrze macicy już w *perimetritis*. Przeciwwskazaniem do tego rękoczynu jest dopiero ogólne zapalenie otrzewne. Tak samo i zapalenie jajowodów, które nie są zropiałe, leczyć można zdaniem Trelata przez wyskrobanie macicy; ropnie w jajowodach wymagają laparotomii. Trelat widział zawsze dobre skutki. Aseptyczne skrobanie macicy, jeżeli nie pomogło, zaszkodzić nie może; pozostaje zawsze operacya radykalna a zysk jest ten, że ma się do niej dobrze przygotowane pole.

[1]) E. Fränkel: Centralblatt für Gyn. s. 597. 1888.
[2]) Fochier: Dystocie a la suite... Lyon méd. 1890. p. 479.
[3]) Fraisse: Nouv. Archiv d'Obstr. et Gyn. Paris 1891. s. 348—53.
[4]) Pichevin: Nouv. Archiv d'Obstr. 1891. VI. s. 49—69.
[5]) Stratz: Zeitsch. für Geb. und Gyn. 1890. XVIII. 153—165.
[6]) Jassoud: Lyon 1889. Du traitement de l'endometr. chr. haem.
[7]) Prochownick: Münchn. med. Woch. 1890. Nr. 27. s. 467.
[8]) Sänger: Centr. für Gyn. 1894. s. 607.

Mackenrodt[1]) wyskrobywał również w *endometritis* połączonej ze zapaleniem części dodatkowych macicy. Na 45 przypadków było 17 wyleczeń, 22 polepszeń; pogorszenia nie widział. R. Pichevin[2]) popiera zdanie Trelata i widzi w wyskrobaniu macicy najlepszy środek usunięcia spraw, które obecnie uważano za przeciwwskazanie do tej operacyi. Mimo tego sądzę, że użycie skrobaczki w zapaleniach części dodatkowych macicy jest rzeczą ryzykowną. Pamiętam z kliniki Chrobaka przypadek, gdzie parę razy wykonano *curettage* ze skutkiem chwilowo dobrym i zatrzymaniem krwotoków. Po ostatniem skrobaniu chora umarła wśród objawów ostrego zapalenia całej otrzewnej tak, że w pierwszej chwili sądzono, że operator przedziurawił macicę. Sekcya wykazała macicę grubą, nienaruszoną i zapalenie gnilne otrzewnej wskutek pęknięcia ropnia trąbki nie większego, jak orzech laskowy.

W zapaleniu nieżytowem błony śluzowej macicy powinno się użyć skrobaczki tępej, która wystarcza do usunięcia błony chorobowo zmienionej. Ale nawet i ostrem narzędziem nie jesteśmy wstanie usunąć całej błony, gdyż odnogi gruczołów sięgają głęboko. Zależy wreszcie od upodobania i przyzwyczajenia, jakiego używa się narzędzia, czy tępej skrobaczki Recamiera, czy ostrej Simona, giętkiej Thomasa, Simsa o grzbiecie ostrym lub Martina o szczególnie wydłużonej formie. Zasadą ogólną jest, że cała ta operacya musi być jak najdokładniej antyseptycznie wykonana. Przepłukanie macicy środkami odrażającymi musi poprzedzić tę czynność, nie mówiąc o pochwie, która przed operacyą na jakiś czas musi być odpowiednio oczyszczoną. Po użyciu skrobaczki większość autorów wstrzykuje do jamy macicznej *ferrum sesquichloratum* lub *tinctura jodi*, aby zadziałać na głębsze resztki błony śluzowej. Następuje przepaska przeciwgnilna, poczem chora dłuższy czas powinna pozostać w łóżku.

Ważnem jest tamponowanie pochwy, używane w leczeniu operacyjnem, jużto zwykłem. Tamponowanie może być podwójne, stósownie do tego, jakiej użyjemy waty. Jeżeli nam chodzi o podtrzymywanie macicy elastyczną podściołką, winniśmy używać waty nieodtłuszczonej, gdyż odtłuszczona łatwo nasiąka wydzielinami i traci swą sprężystość; odwrotnie w przypadkach, gdzie chodzi o odprowadzenie wydzielin, winniśmy stósować watę odtłuszczoną.

Zdaniem Veita[3]) wyskrobanie i następne wstrzykiwania *trae jodi* prowadzą ze wszystkich metod najpewniej do celu a z pewnością wyskrobanie macicy jest mniejszym zabiegiem, niż przyżeganie wnętrza mocnymi środkami żrącymi, jak to zresztą poświadcza Le Dentu[4]).

Wyskrobanie macicy trzeba w wielu przypadkach powtórzyć. Najlepsze wyniki daje *endometritis post abortum*. W wiewiórze, zajmującym części dodatkowe, rokowanie jest daleko gorsze.

Z innych zabiegów operacyjnych w nieżycie błony śluzowej, mianowicie szyi trzeba uwzględnić operacyę Schrödera, Simona-Marckwaldta i Emmeta. Borysowicz podał odmianę operacyi Schrödera, wreszcie wytrzebienie w formach krwotocznych a nawet wyjęcie całej macicy. Te przypadki jednak już przedstawiają coś więcej patologicznego, niż samo zajęcie *endometrium*.

Są stany chorobowe samego *endometrium*, będące utrapieniem chorych i nawet lekarzy, są chore, które przeszły przez ręce wszystkich ginekologów, jakich tylko mogły się zaradzić, nie polepszywszy stanu swego. Są to owi stali goście najrozmaitszych zakładów kąpielowych i wód, jeżeli ich stósunki majątkowe na to pozwalają. U niektórych sprawa dopiero z wejściem w wiek późniejszy poprawia się, o ile forma *endometritis vetularum* nie dokuczy. Zwrócić muszę jednak uwagę, że zapatrywanie samychże chorych jest względne, i wiele z nich skarży się na nadzwyczaj wielkie

[1]) Mackenrodt: Sammlung klin. Vorträge. Nr. 45. Leipzig.
[2]) R. Pichevin: Gaz. des hôpitaux. 1890. Nr. 46.
[3]) Veit: Zjazd niemieckich przyrodników. Berlin. 1886.
[4]) Le Dentu: Annales de Gyn. Tom XXXV. s. 140.

upławy, gdy przedmiotowo mało można widzieć wydzielin; inne znów, które mają obfite odchody, twierdzą, jakoby nigdy nie cierpiały na upławy.

Tak, jak przedstawia się dziś sprawa nieżytu macicy, sądzę, że zdanie przed laty przez Schrödera na 53. zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w tej kwestyi wypowiedziane, można zawsze utrzymać w całości, że mianowicie, czy tak czy owak, z rozszerzeniem szyi macicznej lub bez, ze skrobaniem lub bez i stósowaniem najrozmaitszych środków, nie możemy twierdzić, że wszelkie nieżyty macicy wyleczymy i że chore zostaną bezpieczne od recydywy.

Chirurgia.

Chaput: O wszywaniu moczowodów do kiszki.

Wszywanie moczowodów do kiszki nie jest rękoczynem zasadniczo nieracyonalnym, gdyż n. p. ptaki w ciągu całego życia mają t. zw. kloakę, wspólną dla moczu i kału; również i płód człowieka w pierwszych tygodniach swego istnienia ma podobną kloakę, dopiero później w dalszym rozwoju powstają niezależne od siebie pęcherz i odbytnica. Opierając się na tem, chirurgowie w tych przypadkach, gdzie pęcherz uległ zupełnemu lub częściowemu zniszczeniu przez raka lub gruźlicę, dalej w wadach rozwojowych pęcherza, w przetokach pęcherzowo- i moczowodowo-pochwowych i nareszcie w niedrożności moczowodów, próbują oddawna skierować mocz do kiszek za pomocą wszycia w nie moczowodów. Streściwszy prace kliniczne i eksperymentalne w tej kwestyi, zwraca autor uwagę, że i on robił doświadczenia na psach. Wyniki jednak jego doświadczeń nie były korzystne, przyczyny czego autor upatruje w tem, że moczowody psa są stósunkowo bardzo wąskie, skutkiem czego przy wszywaniu ich do kiszki stają się one z powodu ucisku niedrożnymi, co sprawia śmiertelną dla zwierzęcia puchlinę nerki (*hydronephrosis*); z drugiej strony, grozi tu zawsze puszczenie szwów z następowem zapaleniem otrzewnej i nareszcie zapalenie miedniczek i nerki, zależne od bardzo znacznej jadowitości (*virulence*) treści kiszek u psa. Wobec tego, dochodzi autor do wniosku, że do tego rodzaju doświadczeń potrzeba zwierząt znacznie większych od psów; doświadczenia te jednak przedstawiają tyle trudności praktycznych i ekonomicznych, że ich autor zaniechał. Natomiast wykonał on wspomnianą operacyę trzy razy na ludziach. W pierwszym przypadku miał autor do czynienia z przetoką moczowodowo-pochwową, nie nadającą się do operacyi od strony pochwy; po podłużnem warstwowem przecięciu ściany brzusznej w lewej jamie biodrowej, odszukał autor moczowód i wszył go w **S** rzymskie po jego wewnętrzno-tylnej stronie; wykonał to zaś w sposób następujący: Po przymocowaniu tylnego brzegu ujścia moczowodu do nienaruszonej jeszcze kiszki za pomocą szwu mięśnio-mięśniowego, naciął autor na parę milimetrów poniżej szwu tego kiszkę w długości około 1 cm., poczem ten sam tylny brzeg moczowodu połączył z odpowiednim brzegiem rany kiszkowej szwem śluzowo-śluzowym (*muco-muqueuse*), następnie autor zakończył szycie szwem mięśnio-mięśniowym, nałożonym na przednie brzegi moczowodu i kiszki. Przebieg choroby pooperacyjny był bezgorączkowy i bez komplikacyi; chora przyszła zupełnie do zdrowia i oddaje na pół płynne stolce, zawierające kał i mocz, wszystkiego 3 lub 4 razy dziennie. W drugim przypadku w gruźliczem zapaleniu pęcherza autor operował dwa razy. Początkowo wszył sposobem powyżej opisanym lewy moczowód w **S** rzymskie; ponieważ chora zniosła to dobrze, więc w trzy miesiące potem, gdy już chora przyszła zupełnie do siebie, wykonał autor to samo i z drugim moczowodem, skutkiem czego jednak nastąpiła śmierć chorej z anuryi.

Opierając się na tych przypadkach autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Wszywanie moczowodów do kiszki jest u człowieka operacyą względnie łatwą i dobrze przebiegającą; ani puchlina nerki skutkiem niedrożności ani zapalenie miedniczek i nerki (*pyelonephritis*) skutkiem idącego ku górze z kiszki zakażenia nie są koniecznem jej następstwem.

2) Wszywanie moczowodów do kiszki obustronne, wykonane ze skutkiem pomyślnym przez Novarę na psie, pozwala przypuszczać, że operacya ta dałaby się wykonać z równem powodzeniem i na człowieku.

3) Dostawanie się moczu do kiszki ani nie przeszkadza trawieniu ani nie drażni błony śluzowej kiszki; wywołuje ono jedynie trochę częstsze stolce, niż prawidłowo to bywa.

4) Operacya ta jest cennym środkiem leczniczym dla tych przypadków, w których nie dadzą się zastósować inne metody operacyjne. (*Archives générales de médecine*. Janvier 1894). *Dr. A. Majewski.*

Choroby wewnętrzne.

R. Köhler: Obrzęk śluzakowy (*myxoedema*) na tle kiły i promienicy.

Powołując się na bardzo rzadki przypadek obrzęku śluzakowego, który obserwował przed kilku laty, a którego przyczyną było kiłowe zwyrodnienie gruczołu tarczykowego, autor przytacza i drugi, którego przyczyną była promienica tegoż gruczołu.

Pierwszy przypadek tyczył się kobiety 48-letniej, u której były wszystkie objawy obrzęku śluzakowego, jakoto: osłabienie zdolności umysłowych, utrudnienie mowy, suchość skóry i t. d. Badanie przedmiotowe wykazało stwardnlenie skóry na przedniej części szyi a prócz tego dużych rozmiarów kilak na lewym mięśniu mostko-obojczyko sutkowym. Zastósowano leczenie przeciwkiłowe, pod wpływem którego ustąpiły nietylko powyżej podane zmiany kiłowe, lecz nadto i objawy obrzęku śluzakowago a chora powoli zaczęła wracać do zdrowia.

Drugi przypadek tyczył się chorej w wieku 25 lat, która zgłosiła się do autora o poradę lekarską z powodu cierpienia na szyi. Badanie przedmiotowe wykazało zgrubienie twarzy, rąk, nóg a szczególniej warg, w ślad za czem szło upośledzenie czynności tychże narządów, jak utrudnienie mowy i nieregularne ruchy. Chora podała, że przed rokiem dostrzegła obrzmienie i zaczerwienienie na przedniej części szyi, które następnie przeszło w ropienie. Po operacyi ustąpiło ropienie, ale potem pokazało się powtórnie. Badanie właściwego miejsca cierpienia wykazało na przedniej części szyi twarde obrzmienie skóry wielkości dłoni, sino-czerwone, niemniej i owrzodzenia przez jej całą grubość. Za pomocą operacyi usunięto owrzodzenia na czas jakiś, wkrótce jednak pokazały się świeże ropnie, które po nacięciu przedstawiały wszystkie cechy promienicy, co też potwierdziło i badanie mikroskopowe. Teraz wycięto skórę schorzałą, cały gruczoł tarczykowy, o ile był zajęty przez promienicę, wyskrobano i przypalono termokauterem a następnie ranę granulującą pokryto plastycznie. Zaraz po operacyi zaczęły znikać i objawy obrzęku śluzakowego a chora odzyskawszy władze umysłowe, potrafiła podać, że obrzmienia te rąk, nóg i t. d. pojawiać się zaczęły w trzy miesiące po rozpoczęciu się cierpienia i że przedtem zawsze miała ona dobrą pamięć i wymowę. Na podstawie tego przypadku autor uważa za przyczynę obrzęku śluzakowego promienicę, która powoli zniszczyła gruczoł tarczykowy; tę zaś okoliczność, że obrzęk śluzakowy ustąpił zupełnie po operacyi, tłómaczy tem, że upośledzone przez chwilę w czynności swojej cząstki gruczołu po operacyi znowu poczęły funkcyonować. Autor przypuszcza, że chora wyzdrowieje zupełnie i nie zajdzie potrzeba leczenia obrzęku śluzakowego pewnymi sposobami, do których należy przeszczepienie cząstek gruczołu tarczykowego w powłoki brzuszne. (*Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 41, 1894).

Dr. Józef Langer.

Zapiski terapeutyczne.

— H. Kossel: Seroterapia w błonicy (z berlińskiego zakładu dla chorób zakaźnych). Seroterapia Behringa polega, jak wiadomo, na tej zasadzie, że krew zwie-

zręca przeciw pewnej chorobie uodpornionego jest w stanie każde indywiduum tego lub innego gatunku uczynić nieprzystępnem dla tejże samej choroby. Tak n. p. jeżeli się pewne zwierzę zrobi odpornem przeciw lasecznikom czyto tężca czy błonicy i małą ilość jego krwi wstrzyknie innemu zwierzęciu, to zwierzę to staje się odpornem na pewien czas na szczepienie tym samym gatunkiem bakteryj.

Otóż prątki błonicze działają w sposób bardzo wyraźny chorobotwórczo na ustrój zwierzęcy a działają przez swe wytwory trujące. Jeżeli przeto rozchodzi się o to, by zwierzę zrobić odpornem przeciw lasecznikom błoniczym, to trzeba je zrobić odpornem przeciw jadowi błoniczemu a to robi się w stopniu coraz wyższym w ten sposób, że mu się wstrzykuje ciągle coraz większe dawki trucizny, które zwierzę wprawdzie czynią chorem, jednak go nie zabijają. Otóż z tą odpornością zwierzęcia względem trucizny rośnie w tym samym stósunku uodporniająca moc surowicy jego krwi.

To uodpornienie zwierząt przeciw błonicy polega na tem, że wstrzykuje się im pod skórę stopniowo coraz większe ilości owej trucizny błoniczej, którą według Rouxa i Yersina otrzymuje się w ten sposób, że hodowle laseczników błoniczych szczepi się w stósownych naczyniach do bulionu i po 4 tygodniach mniej więcej zabija laseczniki przez dodanie 0·5% kwasu karbolowego lub 0·3 trykresolu. Przeto laseczniki opadają na dno a płyn przeźroczysty zawiera w sobie truciznę rozpuszczoną.

Zwierzęta oddziaływają na wstrzykiwania trucizny gorączką, obrzmieniem w miejscu wstrzyknięcia i wytworzeniem właściwych antytoksyn, których ilość we krwi zwiększa się, im więcej zrobiono wstrzykiwań; tych zaś wstrzykiwań robi się tyle, ile potrzeba, by surowica zwierzęcia nabrała antytoksyn w dostatecznej ilości.

To powstawanie antytoksyn kontroluje się przez upuszczenie krwi zwierzęciu co pewien czas i próbowanie jej skuteczności. Próba ta polega na zasadzie, że trucizna i jej swoista odtrutka po zmięszaniu w rurce odczynnikowej zobojętniają się; według Ehrlicha zaś robi się to w ten sposób, że z trucizny, której działanie na morską świnkę jest dokładnie znane, 10 krotna ilość najmniejszej dawki śmiertelnej, n. p. 1·00 mięsza się z różnemi ilościami krwi, n. p. 0·30, 0·25, 0·20, 0·15 i 0·10 i te pięć mięszanin wstrzykuje pięciu świnkom. Świnka, której wstrzyknięto n. p. 0·30 krwi + 1·00 trucizny nie okazuje żadnych zboczeń chorobowych, inne coraz większe tak, iż n. p czwarta świnka z 0·15 krwi + 1·00 trucizny ginie po 14 dniach a ostatnia z 0·10 krwi + 1·00 trucizny, pada już po dwóch dniach na zatrucie błonicze.

W celu porozumienia się co do mocy surowicy, nazwali Behring i Ehrlich normalną tę surowicę, której 0·10 grama wystarcza do zobojętnienia 10 krotnej dawki śmiertelnej i powiadają, że centymetr sześcienny zawiera jednostkę odporności. Surowica przeto, której 0·01 wystarcza do zobojętnienia trucizny, jest surowicą od prawidłowej 10 razy mocniejszą, to jest centymetr jej sześcienny zawiera 10 jednostek odporności.

Z doświadczeń Ehrlicha i autora wypada, że do wyleczenia błonicy u dzieci potrzeba przynajmniej 500 jednostek immunizacyjnych czyli że trzeba im wstrzyknąć albo 10 cm.^{3} surowicy mocniejszej 50 razy od normalnej lub 5 cm.^{3} surowicy mocniejszej 100 razy od normalnej.

Jeżeli przeto badanie wykaże, że krew uodpornionego zwierzęcia moc tę posiada, to wtedy upuszcza się mu krwi w dosyć znacznej ilości do naczyń wyjałowionych i wstawia ją do lodowni aż do skrzepnięcia. Surowicę przeźroczystą zbiera się, zadaje 0·50% kwasem karbolowym i o t r z y m u j e w t e n s p o s ó b s u r o w i c ę l e c z n i c z ą p r z e c i w b ł o n i c y.

Najdogodniej do otrzymywania surowicy używać koni ze względu na ich wielkość a tem samem i znaczną ilość krwi.

Przechodząc teraz do terapeutycznego zastósowania tej surowicy u ludzi, przypomnieć trzeba, że błonica może występować u członków tej samej rodziny w bardzo rozmaitym stopniu i gdy u jednej osoby widzi się zapalenie gardła mieszkowe *(angina follicularis)*, kończące się po kilku dniach zupełnem wyzdrowieniem, przychodzi u drugiej do zajęcia także i krtani, u trzeciej do zmian jeszcze rozleglejszych, do zmian nawet i w nosie i śmierci wśród przypadków ogólnych. Tylko badanie bakteryologiczne wykazuje, że zmiany chorobowe w tych przypadkach na pozór tak od siebie różne mają jednę przyczynę a jest nią zakażenie lasecznikami błoniczymi.

Doświadczenie okazuje, iż leczenie błonicy właściwą surowicą jest tem skuteczniejsze, im choroba mniejsze zajęła obszary, im wcześniej ono się rozpocznie.

Na tej podstawie postępując, obniżono śmiertelność z błonicy w berlińskim zakładzie dla chorób zakaźnych do 16% a z dzieci nadesłanych w pierszym lub drugim dniu choroby nie stracono ani jednego. Wypada przeto spodziewać się, iż będzie można wyleczyć każdy świeży przypadek prawdziwej, czystej błonicy.

Zarzut, iż surowicą leczono dotychczas przypadki z łagodnej epidemii, upada wobec tego, że doświadczenia odnoszą się do długiego czasu i wypadły jednakowo w różnych epidemiach i na różnych miejscach, jak n. p. i u Rouxa w Paryżu.

Z surowicy, o której mowa, nie widział autor żadnych szkodliwych skutków: nie było ani podwyższenia ciepłoty, ani białkomoczu, ani żadnego niekorzystnego wpływu na serce. Bolesność w miejscu wstrzyknięcia, jeżeli się pojawiła, znikała zazwyczaj na drugi dzień. Czasem po kilku dniach pojawiał się rodzaj pokrzywki na skórze.

W 48 godzin po wstrzyknięciu widzieć można bardzo dobrze wstrzymanie się sprawy chorobowej, oddzielanie się błon i sklęśnięcie gruczołów limfatycznych.

Jeszcze wyraźniejszym jest wpływ ogólny wstrzykiwań, o których mowa. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu zaczyna opadać ciepłota, zmniejsza się liczba tętna i dochodzi do prawidła, n. p. ze 160 na 96 i z 40^0 na 37^0. Podniesienie się powtórne gorączki wskazuje z pewnością na powikłanie, jak zapalenie ucha środkowego, początek ropienia gruczołów limfatycznych, ostre osutki, zapalenie płuc.

W chorobach podobnych tylko do błonicy, w płonicy bez laseczników błoniczych surowica przeciwbłonicza nie działa, jak również nie działa w daleko zaszłych przypadkach błonicy, jeżeli są powikłania.

Na porażenia pobłonicze w przypadkach nie bardzo świeżych trzeba się przygotować nawet w razie leczenia surowicą.

Wstrzykiwać najlepiej w dolne, boczne części klatki piersiowej poniżej pachy. U dzieci z bezdechem możnaby wstrzykiwać w udo.

Do injekcyj nadaje się najlepiej strzykawka Kochowska o 10 cm.^{3} objętości dla płynu. Przed użyciem należy ją wraz z kaniulą wypłukać naprzód bezwodnym wyskokiem *(alkohol absolutus)* a następnie w celu wydalenia wyskoku 0·5% kwasem karbolowym.

Po wyjęciu kaniuli ze skóry należy miejsce wbicia igły zamknąć watą i kolodyum jodoformowem.

Fabryka pod firmą Meister Lucius i Brüning w Höchst nad Menem sprzedaje surowicę leczniczą w trzech osobnych flaszeczkach, których treść wystarcza właśnie na jedno wstrzyknięcie.

Numer pierwszy zawiera 600 jednostek immunizacyjnych i wystarcza dla świeżych przypadków, t. j. w pierwszym i drugim dniu choroby.

Numer drugi zawiera koło 1000 jednostek immunizacyjnych, zaleca się albo w przypadkach od samego początku bardzo ciężkich albo starszych, niż dwa dni albo przebiegających z zajęciem krtani.

Numer trzeci z 1500—1600 jednostek immunizacyjnych przeznaczony jest dla dorosłych i dla przypadków bardzo ciężkich, zadawnionych u dzieci.

Jeżeli nazajutrz po wstrzyknięciu nie widać skutku dostatecznego, trzeba natychmiast wstrzyknąć po raz drugi.

Drogość leczenia surowicą jest tylko pozorna, jeżeli się zważy, co kosztuje zresztą leczenie błonicy przez wydawanie pieniędzy na leki, przyrządy inhalacyjne i t. p. W seroterapii wystarczy proste przepłukiwanie jamy ustnej dla utrzymania jej w czystości.

Do ochrony od błonicy członków rodziny, w której pojawiła się ta choroba, wystarcza wstrzyknięcie $^1/_4$ flaszeczki numeru pierwszego.

Jak długo trwa odporność po wstrzyknięciu właściwej surowicy, dotychczas jeszcze nie wybadano. Autor sądzi, że nie trwa dłużej nad 2 do 3 tygodni. *(Deutsche medicinische Wochenschrift.* 25. Października 1894).

— Przeciw powstawaniu blizn po ospie zaleca Lebesque pomazywać twarz i szyję tak, by były ciągle zwilżone, płynem:

133) Rp. *Sublimati*
Exti opii aquosi aa 1·00
Spir. vini 5·00
Glycerini 60·00
MDS. Zewnętrznie.

Pod działaniem tego płynu ustaje swędzenie i guzki odpadają już 5-go dnia. *(Le Formulaire.* Październik 1894).

— Brodawki na skórze zaleca Palm pomazywać dwa razy dziennie płynem:

134) Rp. *Acidi salicylici*
Acidi lactici aa 1·00
Collodii 2·00
MD. in vitro bene clauso.
S. Zewnętrznie. *(Tamże).*

— W obrzęku śluzakowym zaleca się, jak wiadomo, tyroidyna; do przepisywania jej posłużyć może wzór:

135) Rp. *Thyroidini siccati* 2·00
Terrae silicatae
Mucil. gummi tragacanthae aa *q. s.*
M. f. l. a. pill. nro 20.
Consp. pulv. lycopodii.
S. Zażywać dziennie od 1 do 6 pigułek.
(Les Nouveaux Remèdes. Octobre 1894).

V. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

W dyskusyi nad odczytem Dra Szumana zabrał głos Dr. Barącz. Obserwował on wielokrotnie podczas pobytu swego w Londynie w r. 1882. narkozy eterowe, stósowane tam wtedy wyłącznie; używano do nich przyrządu Clovera, zbliżonego do maski Wanschera, eteru zużywano stósunkowo bardzo mało, narkozę jednak zupełną otrzymywano dopiero po $^1/_2$ godziny.

Wrażenie z narkoz tych odniósł Dr. Barącz dobre; były one wszystkie bez powikłań i groźnych przypadłości. Nieprzyjemnemi było jedynie znaczne ślinienie, sinica i oddech chrapiący. Dr. Barącz zwraca uwagę na korzyści stósowania przy operacyach dłużej trwających chloroformu naprzemian z eterem. Pyta się dalej Dr. Barącz prelegenta, dlaczego przekładał on maskę Julliarda nad inne i ile czasu potrzebował w swych przypadkach do otrzymania zupełnej narkozy.

W odpowiedzi oświadczył Dr. Szuman, że używając maski Julliarda otrzymywał zupełną narkozę w przeciągu 3—5 minut, gdy pod maską Wanschera chory zupełnie usypiał nie wcześniej, jak po 15 minutach.

Prof. Rydygier używa w klinice swojej przeważnie chloroformu i sądzi, że Gurlt, który chloroform chciałby wyrugować zupełnie z użycia, idzie za daleko. Tego zdania jest i Bergmann, jak to wyraził na Zjeździe chirurgów niemieckich po wykładzie Gurlta.

Eteru używa mówca w razie znacznego osłabienia chorego w czasie operacyj długo trwających, szczególnie laparotomij, ma jednak eter w tych razach wadę tę, że niespokojne, głębokie oddechy powiększając ruchy jelit, przeszkadzają operacyi. Do narkozy eterowej używa prof. Rydygier maski Czernego; przedstawia ona cylinder z twardej skóry z wałeczkiem gumowym, wydętym powietrzem u dołu i przykrywką skórzaną u góry. Wnętrze koszyka wypełniają warstwy cienkiej flaneli, prostopadle przeciągnięte w poprzek od jednej ściany do drugiej; prócz tego, by zapobiedz ściekaniu eteru na twarz, wkłada się na spód jeszcze warstwę waty Brunsa. Wyższość maski Czernego w porównaniu z maską Julliarda stanowi to, że zakrywa ona stósunkowo nieznaczną część twarzy, co dla narkotyzującego ma znaczenie. Jeszcze w wyższym stopniu zaletę tę ma koszyk szklany, przysłany niedawno mówcy przez wynalazcę Dra Vajna z Budapesztu, jest on jednak stósunkowo za nizki i ztąd niedogodny do trzymania. Projekt maski szklanej do eteru przygotowywał był w tym samym czasie Dr. Kryński, uprzedził go jednak w tem ów Dr. Vajna. Mówca kazał zrobić niedawno według swego modelu nową maskę, podobną do koszyka Czernego, lecz szklaną, w kształcie klepsydry, której górna połowa jest stósunkowo niższą i mieści w sobie watę higroskopijną. Kończąc, oświadcza mówca, że i nadal trzymać się będzie przeważnie chloroformu, używając eteru tylko do przypadków, gdzie jest on specyalnie wskazanym.

Dr. Kryński oświadcza, że pomiędzy przeciwwskazaniami do użycia narkozy eterowej nie wymienił Dr. Szuman obecności wola, stanowiącej przeciwwskazanie ważne wobec tego, że eter sprawia rozszerzenie się naczyń głowy i szyi, ztąd więc przekrwienie i powiększenie wola, co zwiększa zwykle i tak istniejącą już duszność. Wskazują na to chirurgowie francuscy; to samo dostrzegł także mówca w klinice krakowskiej. Co się tyczy użycia żegadła Paequelina, to stanowi ono przeciwwskazanie tylko względne. Pomimo łatwej zapalności eteru zapala się on dopiero w odległości 2 cm., jeżeli ognisko znajduje się poniżej zbiornika eteru, jeżeli zaś powyżej, to odległość ta znacznie jest większą, gdyż pary eteru opadają ku dołowi, jak przekonał się o tem mówca w próbach robionych przez siebie w klinice krakowskiej. Wobec tego zupełnie można użyć eteru do narkozy nawet używając równocześnie żegadła Pacquelina na głowie.

Dr. Kader (z Wrocławia) powiada, że w klinice wrocławskiej stósowano eter przez jedno półrocze; używano do tego różnych masek i różnych metod, ostatecznie jednak zaniechano eteru. Wadą używania eteru jest to, że twarz chorego nie może tu służyć do kontroli obiegu krwi i oddychania, gdyż jest ona stale sinawo-czerwoną z przewagą barwy sinej, co pochodzi ztąd, że narkoza jest tu podwójna:

w części eterowa a w części wywołana dwutlenkiem węgla (CO_2), którego nadmiar zależy od przepełnienia śluzem tchawicy, krtani i jamy ustnej, stanowiąc mechaniczną przeszkodę dla dostępu powietrza do płuc. Przeszkoda ta jest niebezpieczną i z innych względów: 1) skutkiem niej rozwija się nieraz nieobliczalne w swych skutkach zapalenie oskrzeli i płuc; szczególniej tyczy się to dzieci i osób wiekowych. 2) Utrudnia ono w znacznym stopniu w razie asfiksyi stósowanie sztucznego oddychania. Mówca uważa narkozę chloroformową za stanowczo lepszą od narkozy eterowej. Nawet w przypadkach nieprawidłowego stanu serca używa on także nie eteru, lecz chloroformu, ponieważ eter równie działa niekorzystnie na serce. We wrocławskiej klinice miano dwa przypadki zapadu serca w pół godziny po skończeniu narkozy eterowej, z drugiej zaś strony, jeżeli dać choremu na parę dni przed operacyą naparstnicę lub *strophantus* a w czasie operacyi zastrzykiwać mu w razie osłabienia kamforę, to można zupełnie bezpiecznie usypiać chorego chloroformem. Stósując chloroform w ten sposób, nie miał mówca ani razu poważniejszej asfiksyi.

Dra S c h r a m m a nie przekonał odczyt Dra Szumana co do eteru. Na 75 narkoz eterowych miał Dr. Szuman 10 niespokojnych lub niewystarczających, przy odpowiedniej liczbie kolejnych narkoz chloroformowych nie byłoby prawdopodobnie tak wiele narkoz nieprawidłowych. Mówca jest najzupełniej zadowolony z narkoz chloroformowych; szczególniej są one dobre u dzieci. Do eteru zraził go przypadek, w którym dziecko z objawami wprawdzie gruźlicy, dostało po użyciu eteru mocnego zapalenia płuc. Gdy w czasie narkozy chloroformowej okazuje się potrzeba podniesienia czynności serca, dobrze jest nalać na zwykłą maskę chloroformową kilkanaście gramów eteru, poczem można znowu narkotyzować chorego chloroformem bez obawy o groźne przypadłości. Korzyści narkozy eterowej, oparte na danych statystycznych, są niepewne wobec stósunkowo małej liczby notowanych narkoz eterowych.

Prof. O b a l i ń s k i od połowy Kwietnia 1894 roku, to jest od ostatniego Zjazdu chirurgów niemieckich zaprowadził w swoim oddziale eter, jako główny środek do narkozy. Do tego czasu wykonano tam około 150 narkoz eterowych. Niekorzystne strony eteru są według mówcy jedynie pozorne:

1⁰ chory ma oddech ciężki, chrapliwy; na nieprzyzwyczajonych wywiera to bardzo przykre wrażenie, przyczyną jednak przypadku oddech ten nie był nigdy ani u profesora Obalińskiego ani u innych chirurgów stósujących eter.

2⁰ chory jest zawsze czerwony; objaw ten, zdaniem mówcy, jest raczej przyjemnym, niż przykrym, gdyż gwarantuje on, że chory nie jest w zapadzie.

3⁰ ślinienie się i wypełnianie się dróg oddechowych śluzem jest przykre, wystarcza jednak wyczyścić pęczkiem waty lub palcem jamę ustną, by zabezpieczyć chorego od asfiksyi.

Takie są wady eteru, zaletą zaś jego jest:

1⁰ to, że jest on, jak wskazuje statystyka, środkiem daleko bezpieczniejszym dla życia chorego od chloroformu. Nawet przy używaniu zwykłego eteru nie miał prof. Obaliński w swoich 150 przypadkach ani jednego poważniejszego powikłania narkozy. Można zaś używać do narkozy eteru Picteta, pozbawionego zanieczyszczającego zwykły eter aldehidu, który wywołuje przeważnie część objawów, uważanych za wadę narkozy eterowej; dla użytku szpitalnego eter ten jest jednak za drogi.

2⁰ Gdy chory uśnie, można przerywać podawanie eteru. Chory nawet, gdy przyjdzie w czasie operacyi do przytomności, bólu, o ile zasłania się mu oczy, zupełnie nie czuje.

3⁰ Chorzy prędko przychodzą do siebie, nie są bladzi, nie czują się zbici, zmaltretowani, jak to bywa po chloroformie, gdzie chory, któremu wykonano operacyę nieznaczną, nieraz i w parę godzin po narkozie nie ma dość sił, by podnieść się z łóżka. Wymioty po narkozie eterowej zdarzają się, co najmniej, dwa razy rzedziej, niż po narkozie chloroformowej; za objaw nieprzyjemny można uważać tylko to, że oddech chorych czuć przez czas jakiś eterem. Do narkozy używa mówca przyrządu Wanschera, zmodyfikowanego przez Grossmanna; modyfikacya ta polega na zwiększeniu torby i otworu szyjki. Przy używaniu tego przyrządu wychodzi eteru stósunkowo bardzo mało. Średnia ilość eteru spotrzebowywana w oddziale prof. Obalińskiego, w minucie wynosi 1,2 cm.^{3}, zatem na małą operacyę zupełnie wystarcza jednorazowe wlanie do przyrządu 25 grm. eteru, na średnią operacyę wychodzi około 50 grm., na większą około 100 grm. Największą, spotrzebowaną ilość eteru stanowiło 125 grm., za pomocą których otrzymano trzechgodzinną narkozę; wobec tego, nie dziwi się mówca, że u Bardelebena było zejście śmiertelne skutkiem narkozy eterowej, gdyż tam zużyto w ciągu 48 minut 240 grm. eteru. Dla otrzymania zupełnej narkozy eterowej potrzebowano u prof. Obalińskiego średnio około 6,5 minut; ponieważ na otrzymanie takiejże narkozy chloroformowej potrzeba około 5 minut, różnica więc ta okazuje się stósunkowo bardzo nieznaczną. W ogóle stósuje mówca do narkoz jako środek stały, codzienny eter, do chloroformu zaś ucieka się jedynie w wyjątkowych przypadkach. Eter, według mówcy, to narkoza przyszłości.

Dr. Z i e m a c k i (z Charkowa) do ostatnich czasów używał tylko chloroformu. Od Lutego b. r. zaczął on stósować eter; od tego czasu miał około 60 narkoz eterowych. W 3 z nich obserwował niepożądane powikłania: w pierwszym przypadku podczas głębokiej narkozy eterowej u 40-letniego mężczyzny, nie alkoholika, nastąpił nagle bardzo burzliwy okres; drugi raz histeryczka, pomimo spotrzebowania znacznych ilości eteru, nie usnęła; trzeci raz u dziecka pięcioletniego nastąpił nagle podczas narkozy napad epileptyczny.

Pomimo jednak tych przypadków, sądzi mówca, że narkoza eterowa, jako daleko bezpieczniejsza od chloroformowej, powinna znaleść na przyszłość szersze, niż dotychczas zastósowanie.

Dr. B r o e c k e r e przeciwny jest użyciu narkozy eterowej ze względu, że trwa ona za długo, średnio pół godziny. W szpitalu przy nawale chorych tyle czasu poświęcać jednemu choremu nie można. Z drugiej strony osobiste doświadczenie skłania mówcę do używania chloroformu, który o ile leje się go ostrożnie i kroplami, nie jest niebezpieczny. Eter powinien znaleść zastósowanie jedynie u chorych osłabionych, nie zdolnych do przetrzymania parogodzinnej narkozy chloroformowej. W swojej praktyce miał mówca dwa przypadki szału, który owładnął chorym podczas narkozy eterowej. Z tego względu, jak i z poprzednio wymienionych jest on przeciwny stałemu używaniu eteru.

Dr. Wehr powiada, że chloroform zastąpić eterem możnaby jedynie wtedy, gdyby statystyka eteru dała zero śmiertelności. Różnice w poglądzie na te środki, które odpowiednio stósowane mogą być dobre obydwa, wynikają prawdopodobnie nie tyle z samej ich natury, ile z rozmaitego sposobu ich stósowania. W każdym razie uważać należy za narkozę typową narkozę chloroformową, eterową zaś tylko za pomocniczą. Co do masek, to skomplikowane przyrządy uważa W. za nieodpowiednie; najlepszą, podług niego, jest maska Esmarcha.

Prof. Obaliński oświadcza w odpowiedzi, że narkozy eterowe u Dra Broeckerego trwały za długo, gdyż nie używał tej metody, co on. W ogóle wnioski swoje opierał mówca na danych, otrzymanych przy użyciu maski Wanschera — Grossmanna, nie dziwi się więc przeto, że wnioski jego nie godzą się z wnioskami lekarzy używających do narkozy eterowej innych starych masek i metod. Co do szału, to bywa on i po chloroformie; prof. O. miał w swojej praktyce podobny przypadek, szał więc ten nie jest wyłączną wadą eteru a jest ogólną cechą narkotyków.

Prezydujący Dr. Gabszewicz zamyka dyskusyę nad odczytem Dra Szumana, zwracając uwagę, że używamy eteru dotychczas jeszcze za krótko, by módz o nim wyrzec ostatnie słowo.

Dr. Ziemacki proponuje opracowanie wzorów czyli szematów dla statystyki narkoz eterowych; wzory takie zaprowadzono w Rosyi, przez co gromadzi się obfity materyał statystyczny.

Dr. Szuman podtrzymuje wniosek poprzednika, radzi jednak statystyk samodzielnych nie prowadzić a dane swoje dołączać do statystyk zagranicznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8. Listopada 1894 r.

— W dniu 7. b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lek. krakowskiego. Przewodniczący Dr. Kwaśnicki odczytał list Dra Ściborowskiego, który składa w darze bibliotece Towarzystwa lek. krak. zbiór dzieł lekarskich, głównie złożony z pism peryodycznych i mnóstwa broszur, i wniósł w myśl Komitetu, aby Towarzystwo podziękowało piśmiennie ofiarodawcy z zapisaniem tego do protokołu; wniosek ten przyjęto jednomyślnie. Przewodniczący odczytał następnie proponowaną przez Komitet listę komisyi przedwyborczej, składającą się z 25 członków, którą również przyjęto bez zmiany.

Dr. Kryński przedstawił chorego, u którego z powodu przecięcia ścięgien obydwóch zginaczów palca 3 go prawej ręki i zupełnej niemożliwości wykonywania ruchów fleksyjnych, wykonał operacyę plastyki ścięgien, polegającą na tem, iż część obwodową przeciętego ścięgna zginacza powierzchownego zaszył ze ścięgnem tegoż zginacza palca 2-go, ścięgno zaś przeciętego zginacza głębokiego zeszył ze ścięgnem tegoż zginacza palca 4-go. Rozdzieliwszy w ten sposób czynność przeciętego mięśnia 3-go palca na dwa sąsiednie, otrzymał mówca po zupełnem zagojeniu się rany wynik bardzo dobry.

Dr. Słapa wyłożył rzecz o stósowaniu leczniczem surowicy krwi w błonicy według metody Behringa i okazał potrzebne do tego przyrządy. W dyskusyi zabierali głos: prof. Jakubowski, Dr. Kryński i Dr. Murdzieński.

— Dr. Władysław Ściborowski ofiarował bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego nader cenny zbiór książek, między którem wymienić należy komplet oprawnych roczników *Przeglądu lekarskiego*, całą seryę drugą (11 tomów) *Tygodnika lekarskiego* z lat 1857 do 1867, wychodzącego niegdyś w Warszawie, *Pamiętnik Tow. lek. warsz.* z lat 1851 do 1865 i 1877 do 1894, *Pamiętniki i Rozprawy Akademii Umiejętności* i broszur, w połowie zakresu balneologii przeszło 500.

— Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych pozwala aptekom utrzymywać na składzie i wydawać surowicę leczniczą, której sprowadzanie wszakże wprost z zagranicy wymaga pozwolenia właściwego Namiestnictwa. Doświadczenia z tym nowym środkiem leczniczym należy robić tylko w klinikach i dobrze urządzonych szpitalach, gdzie można dokładnie obserwować działanie leku. Z ważnych szczegółów podczas leczenia dostrzeżonych należy zdawać sprawę władzy politycznej. Ze względu, że surowica lecznicza musi przedstawiać rękojmię, iż jest należycie przyrządzona, wolno sprowadzać ją tylko z firmy Meister Lucius i Brüning Farbwerke w Höchst nad Meuem, z chemicznej fabryki akcyjnej E. Scheringa w Berlinie i z zakładu pasteurowskiego w Paryżu.

— Z trudności utworzenia Izby lekarskiej w Czechach wybrnął rząd w ten sposób, iż postanowił utworzyć jednę tylko Izbę w Pradze z dwoma sekcyami, czeską i niemiecką, każdą złożoną z 25 członków. Po raz pierwszy będą prezydent Izby i jego zastępca wybrani z ogółu członków Izby; po trzech latach wybór ten przypadać będzie kolejno na każdą sekcyą z osobna w ten sposób, iż zastępca prezydenta będzie wybrany z tej sekcyi, do której prezydent nie należy.

— *La semaine médicale* umieszcza w najświeższych numerach streszczenie prac doc. Dra Trzebickyego i Dra Pelczara w piśmie naszem w roku bieżącym umieszczonych.

— Następny kongres internistów francuskich odbędzie się w połowie Sierpnia lub Września roku 1895. w Bordeaux Prezydentem jego wybrany Bouchard, wiceprezydentem Pitres. Na porządek dzienny dano: 1) Zakaźne zapalenia rdzenia pacierzowego; 2) Związek wątroby z jelitami w patologii i 3) Środki obniżające temperaturę a zarazem łagodzące ból.

— W dniu 28. z. m. odsłonięto w Lugdunie nader uroczyście pomnik wiekopomnej pamięci fizyologa Klaudyusza Bernarda. Pomnik ten, umieszczony na placu przed gmachami uniwersyteckiemi, udatne dzieło lugduńskiego rzeźbiarza Auberta, przedstawia zgasłego uczonego w postawie stojącej, w ubraniu, jakie zwykł nosić w swej pracowni fizyologicznej, trzymającego w lewej ręce żabę a w prawej nóż do wiwisekcyi.

— Akademia nauk moralnych i politycznych w Paryżu przyznała na podstawie zdania sprawy E. Levasseura nagrodę w kwocie 12000 franków z zapisu Audiffreda Drowi Rouxowi z zakładu pasteurowskiego za badania naukowe nad leczeniem błonicy.

— W urzędzie lekarskim Cesarstwa niemieckiego radzono w dniu 3. b. m. nad znaczeniem surowicy leczniczej dla błonicy. Oświadczono, że terapeutyczne doświadczenia nie posunęły się jeszcze tak daleko, aby była potrzeba ogólnego użycia surowicy pod opieką władz rządowych. Reprezentanci Prus przemawiali za objęciem wyrobu surowicy przez państwo, przeważna zaś część reprezentantów państw południowych była zdania, że na razie nie ma potrzeby interwencyi rządowej.

— Na propozycyę Dra Biggsa postanowiła komisya sanitarna nowojorska, że każdy dom, w którym wydarzy się przypadek choroby zaraźliwej, oznaczony będzie w celu ostrzeżenia publiczności wielką kartą papieru i to czerwonego dla płonicy, białego dla błonicy a niebieskiego dla odry.

— Znany farmakolog niemiecki, prof. Husemann w Gietyndze donosi, że w Nowej Walii Południowej w Australii pojawiła się w ostatnich 2 lub 3 latach u koni epizoocya ślepoty, która już koło 25% zwierząt tych pozbawiła całkiem wzroku a u reszty wzrok bardzo znacznie upośledziła. Ze zbadania zwierząt dotkniętych tą chorobą w szkole weterynarskiej w Melbourne pokazało się, że choroba ta postępująca ciągle, dopóki zwierząt nie wydali się z okolicy, w której zachorowały, nie jest zapalną, lecz polega na pierwotnym zaniku nerwu wzrokowego. Jest domysł uzasadniony, iż przyczyną tej groźnej dla chowu koni epizoocyi jest domieszka do paszy osobnego tytoniu (*nicotiana suaveolens*), bardzo podobnego pod względem działania toksycznego do tytoniu zwykłego (*nicotiana tabacum*). Dalsze badania naukowe zdołają zapewne wyjaśnić całą tę sprawę, tak ważną pod względem nie tylko farmakologicznym, ale i ekonomicznym.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy przemyski rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Medyce (stacyi kolei krakowsko-lwowskiej). Pensya 500 złr. i 300 złr. ryczałtu na podróże. Termin podania się do 1. Grudnia b. r.

— Konkurs. Zarząd miasta Lubaczowa (w Galicyi) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego. Pensya roczna 500 złr. Termin podania się do 1. Lutego 1895.

Redakcya otrzymała:

J. Bogdanik: Mastdarmresection wegen Vorfall. (Odbitka z *Archiv für klin. Chirurgie*).

E. Biernacki: Afazya w świetle badań współczesnych (Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyą *Gazety lekarskiej* Nr. 68 i 69).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 17. Listopada 1894 r. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81. Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisł. w Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. WYKŁAD WSTĘPNY

Prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego

przy objęciu katedry anatomii opisowej we Wydziale lekarskim Uniw. Jagiellońskiego w d. 20. Października 1894.

(Według stenogramu).

Panowie! Po raz pierwszy staję dzisiaj wobec Panów na tem miejscu, na którem od lat przeszło dwudziestu i pięciu słuchacze pierwszych kursów medycyny zwykli byli widywać prof. Ludwika Teichmanna. Zamiast człowieka, którego imię zapisało się tak świetnie w dziejach nauki, zamiast człowieka, któremu cała generacya polskich lekarzy zawdzięcza swoje wykształcenie, staję ja dzisiaj wobec Panów w samym prawie początku swego dydaktycznego zawodu. Jest to chwila zarówno ważna dla mnie, jako też i dla Panów a jeżeli dozwolonem mi będzie wykładać z tego miejsca dłuższy szereg lat, chwila ważna może dla całego przyszłego pokolenia polskich lekarzy. Wspominam o tem dla tego, aby Panów zapewnić, że czuję cały ciężar obowiązków, jaki w tej chwili na mnie spada, i że z całą świadomością i z całem przeświadczeniem o ich doniosłości przystępuję do ich spełnienia.

W takich chwilach, proszę Panów, gdy barki nasze uginają się pod ciężarem spadających na nie obowiązków, człowiek mimowoli ogląda się na około siebie i poza sobą szuka podpory, szuka zachęty, podniety i otuchy do pracy. Taką otuchą do dalszej pracy jest dla mnie przedewszystkiem zaufanie Wydziału lekarskiego, który mię na to trudne, a tak zaszczytne stanowisko powołał — taką podnietą przykład ciągłej i niestrudzonej pracy wielkiego mego poprzednika — taką wreszcie zachętą te przyjacielskie stósunki, jakie się między słuchaczami Uniwersytetu Jagiellońskiego a mną nawiązały na poprzedniem mem stanowisku a które, mam nadzieję, nadal jedynie tylko wzmacniać i utrwalać się będą.

Że w takiej chwili, jak dzisiejsza, cały tłum myśli ciśnie mi się do głowy, to Panowie łatwo zrozumiecie! Ale obecność tak licznego grona Panów i to przeważnie Panów, których nie będę mógł zaliczyć do swych stałych słuchaczy, wskazuje mi wyraźnie, że Panowie zebraliście się głównie po to, aby się dowiedzieć, jakie będą dalsze losy tej katedry, która jest jedną z najważniejszych katedr teoretycznych nie tylko we wydziale lekarskim, ale w ogóle w naszym uniwersytecie, że chcecie się Panowie dowiedzieć, w jakim kierunku nadal anatomię człowieka wykładać zamyślam. Tego, zdaje mi się, Panowie żądacie i macie prawo żądać a moim jest obowiązkiem dać tu Panom odpowiednie wyjaśnienia.

Ale nie tylko Panom winienem te wyjaśnienia, winienem je także sobie samemu, bo i wykładający powinien przy objęciu nowego pola działania rozejrzeć się naokoło siebie, objąć wzrokiem cały obszar swego naukowego działu i wybrać drogę, po której postępować zamyśla. A jeżeli kiedy, to właśnie w obecnych czasach rozpoznanie takie staje się koniecznem, koniecznem krytyczne roztrząśnienie różnych prądów i kierunków, jakie objawiają się w tej gałęzi nauk biologicznych; bo z jednej strony nauka w kilku ostatnich dziesiątkach lat postępuje olbrzymimi krokami naprzód a z drugiej strony z kół lekarskich odzywają się coraz to liczniejsze głosy, że Uniwersytety kształcą raczej teoretyków, aniżeli praktycznych lekarzy.

Dylemat ten, jeśli istnieje, byłby dylematem bardzo przykrym: bo z jednej strony walczyłoby w nas poczucie, że obowiązkiem naszym wobec społeczeństwa jest wykształcenie zastępu dzielnych lekarzy praktycznych a z drugiej strony nauka nęci nas swemi zdobyczami i nie pozwala nam ani na chwilę zapominać, że dopóki uniwersytet uniwersytetem, nie wolno nam obniżać wykładów swych do poziomu szkół zawodowych, ale że obowiązkiem naszym jest stać na straży postępu naukowego.

I.

Jeżeli cofniemy się myślą nieco w dal, choćby nie do tych czasów, gdzie stała kolebka anatomii, ale już tylko do wieku XVI., to jest do chwili, od której datuje się epoka pierwszego, większego jej rozkwitu, znajdziemy anatomię w najściślejszym związku z medycyną, jako też z innemi gałęziami młodych jeszcze naówczas nauk przyrodniczych. Lekarz jest zazwyczaj równocześnie anatomem, zoologiem, botanikiem, fizykiem, częstokroć i matematykiem. Względy praktycznej medycyny przeważają w badaniach anatomicznych po nad wszelkiemi innemi a nawet inne chwilowo wcale się nie objawiają. Medycyna praktyczna żąda od anatomii, jako od podstawy dla dalszych gałęzi nauk lekarskich, aby jej dała jak najdokładniejszy i jak najsubtelniejszy obraz budowy ciała ludzkiego. I do spełnienia tego zadania zdążają też głównie badania anatomiczne z XVI., XVII. a po części i XVIII. wieku, wzbogacają naukę całym szeregiem odkryć pierwszorzędnych, szybko po sobie następujących. Kierunek ten, wywołany potrzebami medycyny praktycznej, jest z natury rzeczy czysto i wyłącznie o p i s o w y, o p i s o w o - t o p o g r a f i c z n y.

Gdy za pomocą tej metody zdobyto już główne podstawy, gdy zapoznano się już z kształtem, wejrzeniem, położeniem wzajemnem organów, musiał przyjść czas, w którym zaczęły się nasuwać zagadnienia co do dokładniejszej ich funkcyi i teraz przygotowane już były dane, na podstawie których można było wykonywać te badania. Wprawdzie już w XVII. wieku odkrycie krążenia krwi przez H a r v e y a dało impuls myślom i badaniom w kierunku fizyologicznym i wykazało, że odkrycie funkcyi jakiegoś narządu musi wytworzyć przełom i w pojęciach anatomicznych o nim i podniecić do nowych badań i poszukiwań, ale dopiero w ciągu wieku XVIII., od czasów A l b. H a l l e r a kierunek ten wysuwa na pierwszy plan badania fizyologiczne. Badania te, nasamprzód w najściślejszym związku z anatomią zostające, wytworzyły powoli nową gałąź nauki, naukę o funkcyach organów, o ich sprawach i czynnościach — fizyologię. Ale mimo to dwie te nauki, zazwyczaj w ręku jednego i tego samego profesora zostające, muszą naturalnym biegiem rzeczy na każdym kroku oddziaływać na siebie wzajemnie. Każde nowe odkrycie z dziedziny fizyologii ożywia badania anatomiczne, daje im głębsze znaczenie, prowadzi do głębszego zrozumienia i odtąd fizyologia stanowi nić przewodnią dla badań anatomicznych. A choć potem fizyologia wzrasta do takich rozmiarów, że oddziela się już jako samodzielna gałąź od pnia wspólnego, chociaż w skutek odrębnych metod badania idzie samodzielną drogą i chociaż rozdział ten objawia się w połowie tego wieku nawet podziałem katedry anatomii i fizyologii w uniwersytetach, wpływ, jaki wywierają te nauki na siebie, jest niemniej wielkim i niemniej rozległym. Po czysto opisowym kierunku w anatomii nastała więc epoka f i z y o l o g i c z n a, epoka pełna najpiękniejszych wyników. Rezultaty tych badań nabierają dla praktycznej medycyny pierwszorzędnego znaczenia i teraz anatomia i fizyologia zasycają całą naukę lekarską sokami odżywczemi.

Dla obu tych nauk nadzwyczajnej wagi było odkrycie mikroskopu i wprowadzenie go w wieku XVII. do badań anatomicznych. Przez to mogła nauka analitycznie wnikać głębiej jeszcze w budowę organów. Trzeba wszakże wyraźnie oświadczyć, że przez wprowadzenie mikroskopu zyskała nauka tylko nowy, doskonalszy, t e c h n i c z n y ś r o d e k badania, ale nie wpłynęło to na wytworzenie nowego kierunku, nowej m e t o d y n a u k o w e j; metoda pozostała opisową lub fizyologiczną, tylko zakres obserwacyi rozszerzył się przez to i pogłębił.

Gdy badania anatomiczne stworzyły już silną podstawę dla praktycznej medycyny, gdy za pomocą fizyologicznej metody uzupełniono i pogłębiono te badania, nadszedł czas, w którym nauka mogła już swobodniej pójść za prądem, który już niejednokrotnie przedtem się pojawiał i który dążył do tego, aby już nie dla celów praktycznych, ale dla lepszego poznania prawdy wniknąć głębiej w istotę organizmów. Teraz zaczyna się nauka dla nauki. Coraz to więcej zaczyna się przebijać świadomość, że zarówno jak człowiek, każde zwierzę może być przedmiotem badań anatomicznych, że nawet ze stanowiska absolutnej nauki wyniki badań nad ustrojem zwierzęcym mogą być równie ważne, jak wyniki badań anatomii ludzkiej. Przez to wywiera anatomia większy wpływ na zoologię, dotąd przeważnie w systematycznym kierunku dążącą, i wysuwa bardziej na pierwszy plan zootomię.

Ale chwilowo badania zootomiczne postępują wprawdzie równolegle do badań w dziedzinie anatomii ludzkiej, analiza odkrywa ciągle tysiące faktów, lecz nie posuwa się do tego, aby rezultaty badań zaczęto ze sobą wiązać i aby próbowano dojść na podstawie wyników tej analizy do głębszego zrozumienia organizmów, do szerszych, ogólniejszych wyników, do ogólniejszej syntezy. Dopiero od czasów C u v i e r a w początku tego wieku zaczynają się próby syntezy, zaczyna się porównywanie wyników zootomicznych; on pierwszy stara się nagromadzone materyały objąć z wyższego stanowiska, ogólniej oświetlić i objaśnić, stara się dojść do ogólniejszych praw budowy organizmów i staje się tem samem twórcą a n a t o m i i p o r ó w n a w c z e j, anatomii filozoficznej, jak ją we Francyi, albo też anatomii krytycznej *(kritische, denkende Anatomie)*, jak ją później w Niemczech nazwano.

Prócz tego C u v i e r pierwszy wskazał, że nie tylko te zwierzęta, które na kuli ziemskiej dzisiaj spotykamy, powinny być przedmiotem badania, ale i te, które wśród kataklizmów, przez jakie przechodziła ziemia, zostały w głębi jej pogrzebane. Tym sposobem z dziedziny geologii przyłącza cały dział p a l e o n t o l o g i i do badań anatomiczno-biologicznych.

W tej epoce samodzielniejszego, z pod wpływu praktycznych względów wyswobodzonego badania coraz wyraźniej rysuje się też dążenie, które się przedtem przebijało od czasu do czasu, mianowicie dążenie do zapoznania się z historyą rozwoju żyjących tworów, bo słusznie obiecywano sobie ztąd nowych wyjaśnień i wytłómaczeń. Przeczuwano niejako, że zawiły organizm dorosłego człowieka i również zwierzęcia musi się rozwijać z prostszych, nie tak zawiłych i łatwiej zrozumiałych początków. Badania nad rozwojem zwierząt, zainaugurowane w końcu zeszłego wieku a od roku 1828. (od wystąpienia K. E. B a e r a) systematycznie do nauki wprowadzone, otworzyły całą kopalnię nowych odkryć, które w stósunkowo krótkim czasie wzrosły do olbrzymich rozmiarów, i odtąd e m b r y o l o g i a staje się kamieniem węgielnym dla zrozumienia form organicznych. I tutaj znowu tak samo, jak w anatomii, zaznaczyły się dwie metody ba-

dania, jedna czysto opisowa, uwzględniająca tylko indywidualny rozwój pewnego gatunku, druga o szerszym zakroju, bardziej naukowa, głębsza, embryologia porównawcza, która, idąc śladem anatomii porównawczej, porównywa całą historyę rozwoju organizmów, cały szereg ich form przejściowych i tutaj stara się dojść do wykazania ogólniejszych, zasadniczych praw rozwoju. Skutkiem odrębnej techniki badania embryologia wytworzyła niedługo osobną gałąź biologii i stanęła w jednym szeregu obok anatomii ludzkiej, anatomii porównawczej i paleontologii.

Nauki te nagle około 1838. roku doznały ogromnego wzrostu skutkiem odkrycia, które stanowi epokę w naukach biologicznych i które nauki te pchnęło na nowe tory, mianowicie odkrycia komórki, komórki będącej siedliskiem funkcyj życia. Odkrycie to wywarło niezmierny wpływ na całe pojmowanie budowy organizmu a prócz tego nawiązało nowe nici między zoologią a botaniką i związało je węzłem silniejszym, aniżeli dawniej przypuszczać było można; nie tylko bowiem wykazało, że organizm zwierzęcy zbudowany jest z tych samych cząstek, co i organizm roślinny, ale nadto, że w obu światach nowe twory powstają z jednej, jedynej komórki, to jest zapłodnionego jajka, i że w tej jednej komórce tkwią *in potentia* wszystkie własności późniejszego organizmu i że przez nią dziedziczą się właściwości organizmu ojca i matki. Następnie odkrycie to dopiero nauczyło nas, że mamy na pograniczu świata zwierzęcego i roślinnego twory, które są tylko jedną jedyną komórką.

Odkrycie to przedewszystkiem dla embryologii musiało być pierwszorzędnego znaczenia, ponieważ dopiero teraz pierwsze stadya rozwoju stały się zrozumiałe, te mianowicie, gdzie organizm tylko z jednej, potem przez jej ciągły podział z kilku, kilkunastu, kilkudziesięciu komórek się składa.

Ale te cztery nauki, które wyszły ze wspólnej kolebki, nie mogły przez długi czas iść każda swoim torem i niepodobnem było, aby się nie miały prędzej czy później spotkać i nawzajem oddziaływać na siebie. I istotnie potrzeba tylko było umysłu, któryby zdołał objąć cały ogrom nagromadzonego materyału, któryby umiał wysnuć z dotychczasowych badań śmielsze i ogólniejsze wnioski, któryby mianowicie umiał wyniki tych różnych gałęzi nauk, anatomii, anatomii porównawczej, embryologii i paleontologii zestawić i powiązać, a musiał z tego wyniknąć nowy prąd ożywczy dla badań biologicznych, musiała wyniknąć synteza, która okazała się śmielszą i ogólniejszą nad wszelki wyraz.

To też wystąpienia Darwina w roku 1858 nie można uważać za przypadkowe, ale teorya jego o wspólnem pochodzeniu zwierząt, wedle której każdy gatunek zwierząt, zanim doszedł do tego rozwoju, w jakim go obecnie widzimy, musiał w ciągu milionów lat przeobrażać się z niższych form pierwotnych i z nich wytwarzać się stopniowo, jest syntezą nagromadzonego przedtem materyału analitycznego. Jeżeli dawniej anatomia porównawcza wskazywała podobieństwa większe lub mniejsze w ustroju organizmów i w dokładniejszej budowie organów, to teraz, przyjąwszy za punkt wyjścia teoryę wspólnego pochodzenia, pod tym kątem widzenia przedstawia nam dalsze lub bliższe ich pokrewieństwo.

Już przed Darwinem zwrócono uwagę na szereg okoliczności, które dały podstawę do utworzenia tej teoryi. Najniższe zwierzęta są tylko poprostu pojedyńczemi komórkami; również i każde wyższe zwierzę musi przejść stadyum, w którem jest tylko jedną, jedyną komórką. Z tej komórki rozwijają się przez ciągły podział szeregi komórek, wytwarzają się wskutek wyosobniania różne organa i wyodrębniają się znów u wszystkich zwierząt bezkręgowych i kręgowych wedle stałych i tych samych praw, tak dalece, że stadya rozwoju różnych zwierząt są do siebie do tego stopnia podobne, że nawet wprawne oko badacza w niektórych okresach rozwoju niełatwo odróżni od siebie zarodki różnych zwierząt. Zarodki wyższych zwierząt są znowu podobne do zwierząt wyrosłych niższego typu, żyjących na kuli ziemskiej albo też takich, których szczątki znajdujemy w ziemi, a im wcześniejsze stadya badamy, tem niższe przypominają nam typy. Każdy więc twór zwierzęcia ssącego n. p. przypomina najpierw twory jednokomórkowe, potem wyższe zwierzęta bezkręgowe, potem organizmy przejściowe między kręgowemi a bezkręgowemi, potem niektóremi okresami rozwoju przypomina kolejno ryby, płazy, gady i ptaki.

W tem zjawisku zyskała teorya o wspólnem pochodzeniu zwierząt jednę z głównych swych podstaw. Häckel ujął ją w swe prawo biogenetyczne a mianowicie: że historyczny, genealogiczny, szczepowy rozwój każdego rodzaju odzwierciedla się w jednostkowym rozwoju jego reprezentantów, czyli że rozwój jednostkowy (ontogeneza) jest skróconem powtórzeniem rozwoju szczepowego (filogenezy, *phylogenesis*); skróconem powtórzeniem, ale i wielokrotnie zmienionem; w ontogenezie każdego rodzaju bowiem spotykamy wśród objawów wspólnych i temu rodzajowi i niższym od niego zwierzętom, a więc objawów po nich odziedziczonych (objawów palingenetycznych), szereg objawów nowych, przez które wyróżnia się ontogeneza tego rodzaju (objawów cenogenetycznych). Rozróżnienie i odgraniczenie tych objawów w każdym przypadku, który badamy, jest do dziś dnia dla nauki połączone z największą trudnością.

Najpewniejszych, autentycznych dokumentów prawdziwości teoryi o wspólnem pochodzeniu mogłaby nam dostarczyć paleontologia, gdyby mogła wykazać, że istotnie w głębi ziemi zachowane są zwierzęta, które kształtami swemi odpowiadają tym formom przejściowym, jakie musimy przyjąć pośród grup zwierząt żyjących dziś na kuli ziemskiej. I rzeczywiście niektóre takie dowody zyskaliśmy w paleontologii, ale niestety materyał, jakiego ona nam dostarczyć może, jest nader niezupełny, bo dotyczy tylko bardzo niewielkiej liczby zwierząt i jedynie tylko tej części organizmu, która oprzeć się zdołała zepsuciu i zagładzie, to jest szkieletu. Ale i w tych niewielu formach przejściowych mamy dokument dla nas bardzo ważny, tembardziej, że im starsze warstwy ziemi badamy, tem niższe twory znajdujemy stósownie do ich rozwoju historycznego.

Gdy następnie Huxley teoryę wspólnego pochodzenia zastósował w ostatniej jej konsekwencyi i do człowieka, cały wynik badań embryologicznych i porównawczo-anatomicznych oddziałać musiał na anatomię ludzką i od tej chwili nauka nie może uważać organizmu człowieka za wytwór jednorazowy, odosobniony, ale za ostatni wynik długiego, stopniowego, szczepowego rozwoju, za ostatnie ogniwo w łańcuchu organizmów i tylko z tego stanowiska może dziś przyrodnik badać ustrój ludzki.

Dowody na to, że i człowiek w swoim szczepowym rozwoju musiał przechodzić przez cały szereg niższych form, mamy również w jego rozwoju zarodkowym. Człowiek, jak każdy inny twór żyjący, składa się pierwotnie z jednej, jedynej komórki. Następnie cały organizm jego, jak i każdy organ z osobna odzwierciedla swą historyę szczepową i każdy ustęp rozwoju tylko za pomocą embryologii porównawczej jest zrozumiały. A i w organizmie człowieka dorosłego mamy pełno reminiscencyi jego genealogicznej przeszłości, których zrozumieć nie podobna bez anatomii porównawczej. Porównawczo-anatomiczne i porównawczo-embryologiczne stósunki musimy mieć ciągle na oku, jeśli anatomia ludzka nie ma dla nas pozostać tylko ścisłem, dokładnem zestawieniem szczegółów po części zagadkowych i niezrozumiałych. Z uwzględnieniem niższych ustrojów przekonamy się, że człowiek budową swą najbardziej zbliża się do najwyższych kręgowców, t. j. ssaków, ale jest tworem doskonalszym od nich, w ogóle tworem najdoskonalszym w żyjącej przyrodzie, gdyż organizm jego w skutek ciągłego doskonalenia się doszedł do najbardziej skończonej budowy, chociaż w interesie całości niektóre jego organa pozostają na niższym stopniu rozwoju, niż u niektórych zwierząt.

Anatomia porównawcza i embryologia porównawcza stworzyły więc w zastósowaniu do anatomii ludzkiej nową dla niej epokę, epokę porównawczo-anatomiczno-embryologiczną. Dążeniem tej epoki jest przeto dążenie do zrozumienia kształtów ciała ludzkiego, do zrozumienia, w jaki sposób stopniowo powstały jego organa w swym jednostkowym i szczepowym rozwoju, i dlatego epokę tę nazywamy epoką morfologiczną.

Czy ten kierunek morfologiczny, który obecnie wszechwładnie panuje w naukach anatomicznych, nie będzie musiał w przyszłości ustąpić miejsca a przynajmniej podzielić się władzą z nowymi prądami, o tem dzisiaj przesądzać nie możemy. W miarę postępów nauki wyłaniają się nowe zagadnienia, których na razie przewidzieć nie można, i dlatego możliwości nowego, szerszego jeszcze prądu i kierunku w tak żywotnych naukach, jak biologiczne, ciągle oczekiwać należy.

Wspomnieć nawet wypada, że już dziś pojawiać się zaczyna nowy prąd, który śmielsze jeszcze i dalsze stawia sobie cele. Twórcy tego kierunku zarzucają bowiem — i słusznie —, że morfologia przedstawia nam szeregi kształtów, że ułatwia nam ich zrozumienie wykazując, że organizm powstał pod tą a tą postacią, że przeszedł te a te stadya rozwoju ontogenetycznego, a nawet, przyjąwszy teoryą wspólnego pochodzenia, rozwoju szczepowego, ale że nie wskazuje nam ostatecznych przyczyn powstania tych kształtów, nie tłómaczy i nie objaśnia, dlaczego organizm tak powstał, a nie inaczej, dla czego powstać mógł tylko taki organizm a nie inny. Chociaż bowiem pomagamy sobie teoryą dziedziczności, teoryą doboru naturalnego w przyrodzie, teoryą stósowania się do otoczenia, która ma nam wytłómaczyć celowość organizacyi w stósunku do okoliczności świata zewnętrznego, to są to tylko abstrakcye, przypuszczenia, które ostatecznych przyczyn *(verae causae, causae efficientes)*, ani wewnętrznych ani zewnętrznych nie odkrywają. Otóż najnowsze badania stawiają sobie za zadanie: wykazać ostateczne przyczyny powstania i organizacyi ustrojów, zrozumieć i wniknąć w ich siły twórcze, w podstawy ich życia, które wytworzyły ich kształt jako widomy swój produkt, i w tym celu zdążają do rozłożenia pojęcia życia na szereg elementarnych sił fizycznych i chemicznych i do ujęcia ich w stałe prawa matematyczne, prawa, któreby ostatecznie postawiły biologię na stałej i pewnej podstawie nauk ścisłych.

Nauka ta nie może naturalnie zacząć od badania wyższych ustrojów, ale musi najpierw zejść do najniższych jednokomórkowych a przy badaniu wyższych może chwilowo zabrać się do badania jedynie tylko pierwszych okresów rozwoju, gdzie cały organizm składa się z jednej, jedynej a potem z kilku, kilkunastu komórek. A i tutaj badania tworów, powstających w prawidłowych okolicznościach nie prowadzą do głębszych wyników; więc nauka ucieka się do doświadczenia, stwarza dla rozwijających się organizmów nieprawidłowe, ale ściśle określone stósunki sztuczne i bada zmiany, jakie ztąd wynikają w ustroju rozwijającego się tworu; i tak przez wielokrotne ujemne modyfikacye pośrednio zdąża do celu, do wynalezienia sił twórczych w stósunkach prawidłowych. Przez to badania te wkraczają poniekąd w zakres fizyologii i to pewna, że kiedyś znowu obie te nauki, morfologia i fizyologia, na tem polu zwiążą się ściślej.

Czy kierunek ten, który nazywamy kierunkiem etyologiczno-mechanicznym, albo też mechaniką rozwojową, spełni wszystko to, co zapowiada, pokaże nam dopiero daleka przyszłość. Chwilowo kierunek ten, pierwszorzędnego znaczenia dla biologii, ale będący zaledwie w pierwszym zawiązku, na anatomię ludzką oddziaływać jeszcze nie może. (Dokończenie nastąpi).

II. Kilka uwag o statystyce włókniaków macicy w stósunku do teoryi Cohnheima.

Z powodu pracy

Dra Aleksandra Rosnera:

O płodności kobiet mających włókniaki macicy

podał

Dr. Józef Kadyi z Jasła.

W Nr. 41. i 42. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. w artykule: *O płodności kobiet mających włókniaki macicy* dochodzi Szan. autor na podstawie cyfr statystycznych różnych klinik do wniosku, że Cohnheim, opierający się wyłącznie na materyale sekcyjnym, nabrał mylnego przekonania, jakoby włókniaki macicy pojawiały się z upodobaniem u niewiast, które nie rodziły i części swych rodnych nie używały. Cyfry więc statystyczne wielu klinników, ponieważ okazują wprost przeciwny Cohnheimowi rezultat, zadają tem samem stanowczy cios teoryi Cohnheimowskiej, wedle której włókniaki macicy dlatego tak są częste u kobiet nie zapładnianych, ponieważ u nich owa zarodkowego pochodzenia skłonność macicy do znacznej proliferacyi komórek nie dosięga tu przez fizyologiczną ciążę swego celu i miary i dlatego prowadzi do patologicznego rozrostu w formie włókniaków.

Mojem zdaniem ta hipoteza Cohnheima utrzymuje się w całej swej pierwotnej sile nawet mimo przytoczonych przez Szan. kol. Dra Aleksandra Rosnera cyfr statystycznych. Bo czegóż dowodzą te cyfry? Tego, że w klinikach operuje się z powodu włókniaków macicy więcej kobiet, aniżeli starych

panien, t. j. niewiast, których części rodne są w zupełnym spoczynku. Jest to całkiem naturalne i konieczne niemal wobec okoliczności, że kobiet w ogólności na świecie jest bez porównania więcej, aniżeli starych panien (wyraźnie tu oświadczam, że tu przez stare panny rozumie się niewiasty, które rzeczywiście w życiu swem nie rodziły i części płciowych nie używały, gdyż o takie tu się rozchodzi -- nie zaś o panny stare w znaczeniu społecznem). Aby zbić twierdzenie Cohnheima na podstawie liczb właściwych, trzebaby koniecznie udowodnić, że n. p. u tysiąca kobiet znajdziemy więcej włókniaków macicy, aniżeli u tysiąca starych panien; tak zaś z pewnością nie jest. Jeżeli z małej w ogóle garstki tych panien złoży się materyał kliniczny włókniaków, mimo to tak znaczny, bo mało co mniejszy, aniżeli z tej, o tyle przeważającej liczby kobiet, to tem dowodniej nas to przekonywa, że stare panny daleko snadniej tej chorobie podpadają, aniżeli kobiety. Wszak panny, o które tu chodzi, w działach innych chorób nie stanowią prawie żadnego materyału klinicznego tak, że gdyby podobną zestawić statystykę, tyczącą się n. p. zapalenia płuc, to panny takie stanowiłyby nie 30 do 48% wszystkich przypadków (jak to właśnie bywa przy włókniakach macicy), ale zaledwie może jakiś ułamek.

W końcu muszę jeszcze i to nadmienić, że statystyka zestawiona przez Cohnheima z materyału sekcyjnego, ma tu większą wartość, bo jest dokładniejszą. aniżeli statystyka kliniczna. Wiadomo, że kobieta z powodu cierpienia macicznego bez oporu, bez długiego namysłu a więc zawczasu oddaje się w ręce lekarzy, gdy tymczasem panna długo się waha i w skutek tego wahania stanowi często jedynie materyał sekcyjny, nie zaś przedmiot kliniki operacyjnej. Okoliczność ta może wytłómaczyć, dlaczego Cohnheimowi z materyału sekcyjnego wypadły inne, t. j. wyższe cyfry, niż klinikom.

Z tych kilku uwag wynika, jak słuszne jest twierdzenie Cohnheima, że włókniaki macicy rozwijają się ze szczególnem upodobaniem u osób niezapładnianych a zarazem wypada, że wspomniane cyfry statystyczne klinikówn nie tylko nie są w stanie zadać „ciosu stanowczego“ teoryi Cohnheimowskiej, ale że nawet tę teoryę popierają nowymi dowodami.

W dalszym ciągu rzeczonego artykułu wykazuje Szan. autor, że płodność kobiet, cierpiących na włókniaki macicy podśluzowe, przewyższa nie tylko płodność kobiet z włókniakami podsurowiczymi i ściennymi, ale nawet płodność kobiet zdrowych. I w tym szczególe dopatruje się autor potępienia teoryi Cohnheima, twierdząc, że nie fizyologiczny spokój części rodnych, ale przeciwnie duża liczba przebytych porodów, sprawiając częste drażnienie i długotrwałe przekrwienie, staje się przyczyną wzrastania włókniaków. Otóż znowu, mojem zdaniem, twierdzenie całkiem niesłuszne. Przedewszystkiem z pomiędzy 193 chorych tylko 54 kobiet było płodniejszych, aniżeli osoby zdrowe; reszta zaś, t. j. 139 była albo mniej płodna albo wcale niepłodna. Nie godzi się przeto z zachowania się małej tylko części chorych snuć wnioski o etyologii choroby, zwłaszcza jeżeli przeważająca reszta, t. j. 139 przypadków wprost sprzeciwia się przyjęciu takiej etyologii. Powtóre ciąży jako sprawy fizyologicznej nie można uważać za bodziec drażniący w znaczeniu patologicznem. Zamiast więc wnioskowaniem nie wytrzymującem krytyki objaśniać pozycyę statystyki i to jedną tylko (54), w ten sposób dającą się objaśnić tak, aby zdawała się, że świadczy przeciwko Cohnheimowi; przypatrzmy się lepiej, czy raczej przeciwnie, t. j. w myśl właśnie teoryi Cohnheima nie uda się nam łatwiej i zupełniej pojąć wszystkie cyfry przez statystykę nagromadzone. A więc, owe 54 kobiet nie dlatego doczekały się włókniaków macicy podśluzowych, że zanadto często były w ciąży, ale tak owe częste ciąże, jak i w końcu wzrastające włókniaki były objawem jednej i tej samej energii macicy, energii prowadzącej do proliferacyi, którą Cohnheim uważa za pochodzącą jeszcze z czasów zarodkowych. Przy takiem pojmowaniu rzeczy nie będzie już nas dziwić, dlaczego nie doczekało się włókniaków owych 139 niewiast, które mniej rodziły lub wcale nie rodziły, bo tu już nie ciąża, ale zarodkowy zawiązek jest czynnikiem etyologicznym. Widocznie każda z tych kobiet tyle odbyła porodów, na ile pozwalał jej okres zdrowia przed rozwinięciem się włókniaków a że włókniaki podśluzowe rozwijały się, jak wykazała statystyka, średnio w późniejszym wieku, przeważnie około lub po ustaniu miesiączki, więc też kobiety z tymi włókniakami podśluzowymi miały możność i musiały przewyższyć płodnością swą resztę kobiet, bo kobiety zdrowe nie dorównywały tamtym powiększeniem skłonności swej macicy do proliferacyi, kobiety zaś z włókniakami podsurowiczymi i ściennymi nie dorównywały znowu długością czasu, na płodzenie pozostawionego. Tu zaraz możnaby się pokusić o wytłómaczenie na zasadzie twierdzenia Cohnheima, dlaczego włókniaki podśluzowe rozwijają się zazwyczaj w późniejszym wieku, aniżeli włókniaki podsurowicze i ścienne. Podczas ciąży najżywsza przemiana materyi, największe przekrwienie i najważniejsze zadanie przypada w udziale błonie śluzowej macicy. Jeżeli więc tuż w podśluzowych warstwach złożony jest ów zarodkowy zawiązek do proliferacyi, to związek ten zużywa, że tak powiem, całą swoję energię podczas rozwoju w ciąży a więc póki ciąża powtarza się często, nie znajduje pobudki do samoistnego wybujania w formie włókniaka aż dopiero po ustaniu miesiączki. Inaczej ma się rzecz, jeżeli zawiązek znajduje się w głębi mięśnia macicy lub pod błoną surowiczą. Nie tak żywa przemiana materyi i wzrost tych warstw macicy podczas ciąży nie dorównywają energii danego zawiązka, który też dlatego wcześnie już buja samoistnie.

Czy takiemu tłómaczeniu mojemu wyników statystyki zechce kto dać wiarę lub nie, o to już nie będę się spierał; podałem tylko kilka tych myśli w tym celu, aby wykazać, że nie tylko żadna z dat statystycznych Dra A. Rosnera nie świadczy przeciwko teoryi Cohnheima, ale że przeciwnie teorya ta jest w stanie nawet objaśnić, dlaczego statystyka takie a nie inne daje cyfry.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

D i d a y, który już dawniej wystąpił jako zwolennik teoryi *choc en retour*, w r. 1877 w pracy zatytułowanej przez

siebie *Syphilis par conception* [1]) ponownie dowodził możliwości wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu; dla udowodnienia swego przypuszczenia obok dawniejszych teoretycznych argumentów przytacza Diday cały szereg przypadków, które zdaniem jego przemawiają na korzyść wstecznego zarażenia się matki od płodu kiłą.

Fürth (l. c.), nie przytaczając żadnych w tej mierze spostrzeżeń, wypowiedział podobneż zdanie. Według Fourniera [2]) matka często zaraża się od płodu przez łożysko; jakkolwiek objawy kiły u matki zwykły występować już w ciąży, jednak wydarzają się przypadki, w których kiła u takich matek występuje dopiero po kilku latach.

W ciągu 1876—1883 lat ogłoszono kilkanaście przypadków zarażenia się matki kiłą od płodu (Masson [3]), Frank [4]), Fournier [5]), Apolant [6]), Lutaud [7]), Zeissl [8]), Engel [9]), Forster [10])).

Pozostawiając na później rozpatrzenie się w przywiedzionych tylko co przypadkach, streścimy tu zapatrywania się Zeissla, Engla i innych nowszych autorów na teoryę *choc en retour*.

Poglądów Zeissla nie można uważać za stanowcze. W r. 1875 oświadczył się on był za teoryą Hutchinsona, w r. 1880 zaś, zdaje się, że podziela zdanie Baerensprunga, który utrzymywał, iż matka zapłodniona przez kiłowego męża, zaraża się kiłą od niego za pośrednictwem nasienia kiłowego [11]); w ostatniem wydaniu swego podręcznika Zeissl znów się waha pomiędzy teoryami Hutchinsona i Baerensprunga. Oświadczywszy się w początku za teoryą wstecznego zarażenia się matki od płodu, dodaje wnet, iż trudno dowieść jej słuszności, niepodobna bowiem ostatecznie rozstrzygnąć pytania, czy w takich przypadkach matka zaraża się od nasienia, czy też od płodu przez łożysko [12]). Engel zaś (l. c.) przypuszcza dwa sposoby zarażenia się kobiety zapłodnionej przez kiłowego męża: za pośrednictwem nasienia od mężczyzny i za pośrednictwem łożyska od płodu; kobiety wtedy mogą w ciągu jakiegoś czasu nie przedstawiać żadnych objawów swoistych, jednak zarażają kiłą (?); na potwierdzenie swych poglądów przytacza Engel dwa przypadki, w których akuszerowie zarazili się kiłą od położnic pozornie zdrowych, lecz rodzących kiłowe dzieci. U niektórych kobiet zarażonych za pośrednictwem nasienia, kiła objawiała się tylko bólami w mięśniach, nerwach i kościach (?).

Za teoryą *choc en retour* oświadczyli się też Delaittre [13]) i Blaise [14]). Delaittre wprawdzie nie zdołał przytoczyć żadnych nowych dowodów i spostrzeżeń, przemawiających na korzyść wstecznego zarażenia się matki kiłą a ograniczył się tylko do powołania się na powagę Hutchinsona i Fourniera; nie przeszkodziło mu to jednak wcale utrzymywać, iż „każda matka, która wydała na świat dziecię kiłowe, musi być zarażona od niego kiłą, jeśli poprzednio nie przebywała kiły, lecz była zdrową“.

Blaise, teoretycznie rozumując i opierając się na przykładach przechodzenia drobnoustrojów wąglika przez łożysko od matki do płodu, przypuszcza wogólności możliwość przenikania drobnoustrojów chorobotwórczych w odwrotnym kierunku od płodu do matki.

Przeciwko znów teoryi łożyskowego zarażenia się matki kiłą, wystąpił w r. 1884 Don Jose Cabot y Rovira [1]), który wprost zaprzeczał, iżby przyrzut kiłowy mógł przenikać przez łożysko od płodu do matki, lub też odwrotnie od matki do płodu; powoływał się on w tej mierze na stósunki anatomiczne i fizyologiczne płodu do matki oraz na własności przyrzutu kiłowego, który według wielu poszukiwań i badań zaliczyć należy do rzędu jadów stałych, uorganizowanych (drobnoustrojów?). Zdaniem Cabota y Roviry, macierzyńska połowa łożyska anatomicznie jest zupełnie osobną od płodowej części łożyska; co się zaś tyczy fizyologicznych stósunków, utrzymuje autor, iż układ naczyniowy płodu nie pozostaje wcale w żadnej bezpośredniej styczności z obiegiem krwi u matki, że płód otrzymuje od matki tylko płynne części pożywienia, żadne zaś uorganizowane i stałe twarde ciała nie mogą przenikać przez łożysko, drobnoustroje też nie mogą przekroczyć warstwy przybłonkowej łożyska. W ostatnich czasach przeciwko teoryi *choc en retour* oświadczyli się nadto Buhe [2]), Di-Pasquale [3]) i Dohrn [4]); twierdzą oni, iż zdrowe łożysko nie przepuszcza wcale przyrzutu kiłowego, który wtedy tylko może przejść do obiegu krwi u matki, jeśli w łożysku powstaną zmiany chorobowe lub uszkodzenia zmieniające stósunki anatomiczne i fizyologiczne wymienionego organu.

Z kolei wypada nam teraz zastanowić się nad przypadkami, przytoczonymi przez rozmaitych autorów dla udowodnienia teoryi *choc en retour*.

Pomijamy tu przypadki Troncina, Semanasa, Balfoura i Didaya, o których już mówiliśmy.

Z 50 spostrzeżeń Hutchinsona żadne nie jest przekonywającem, gdyż prawie we wszystkich brakuje dokładnych wiadomości o poprzednim stanie zdrowia rodziców, nadto zaś w wielu przypadkach kiła matki nie występowała wcale widocznie. Najsłuszniejszem wydaje się nam zdanie Lindwurma o przypadkach Hutchinsona, skreślone w następnych słowach: *eine derartige Beweisführung muss doch geradezu als eine willkürliche bezeichnet werden* (*Constatt's Jahresber.* 1855. IV. str. 840).

Przypadki Maigrita i Beyrana należy również zaliczyć do rzędu wątpliwych; w pierwszym matka, będąc zapłodniona przez męża kiłowego, już w drugim miesiącu ciąży przedstawiała rozwinięte ogólne objawy zarażenia, płodu zaś wcale nie zbadano. W przypadku Beyrana brak wszelkich wiadomości o poprzednim stanie zdrowia matki nie pozwala nam orzec nic stanowczego o pochodzeniu u niej kiły.

---

[1]) Annales de dermatologie 1877. VIII. 4.
[2]) Medical chronicle. 1889. August.
[3]) Medical Record. N York. 1876. 25 November.
[4]) Wiener medizinische Presse. 1880. 38. str. 1207.
[5]) l. c. str. 247—249.
[6]) Berliner klin. Woch. 1881. 6. str. 81.
[7]) France médicale. 1882. I. 6. str. 63—66.
[8]) Lehrbuch d. Syphilis. IV. aufl. 1882. str. 631—682.
[9]) American Jornal of Obstetres. 1882. XV. str. 961—972.
[10]) Lancet. 1883. II. str. 233.
[11]) Wiener medic. Woch. 1880. 4. 5.
[12]) Lehrb. d. Syphilis. V. aufl. Stuttgart. 1888. str. 661. 663.
[13]) Etude sur l'histoire, l'étiologie et la pathogénie de la syph. héréditaire. Thése. Paris 1883. str. 42—43.
[14]) de l'hérédité syphilitique. 1883. str. 60—66.

---

[1]) Revista de ciencias medicas de Barcelona. 1884. 16. 17. 20. 21.
[2]) Zur Lehre der hereditären Lues. Inaug. — dissert. Berlin. 1889.
[3]) Monatsch. f. prakt. Dermatologie 1892. XV. 2. str. 91.
[4]) Giorn. ital. d. malattie veneree e della pelle 1890. 2. s. 145. i następne.

W przypadku van Burena pewna kobieta spłodziwszy z kiłowym mężczyzną dwoje dzieci, z których pierwsze było zdrowem, drugie zaś cierpiało na porażenie dolnych kończyn i wkrótce zmarło, poczęła chorować na rozmaite podejrzane objawy; mianowicie powstało u niej na języku owrzodzenie, na wardze zaś sromnej większej guz wielkości orzecha włoskiego. Trzecie jej dziecko, które w tym czasie przyszło na świat, okazywało wyraźne objawy kiły dziedzicznej; czwarte dziecię urodziło się zdrowe. Przypadek przytoczony wydaje się nieco wątpliwym w obec braku dokładnych wiadomości o poprzednim stanie zdrowia matki; nadto zaś pierwszych dwoje dzieci nie miało kiły a więc matka musiała zarazić się nie od nich, lecz zapewne od męża, co nastąpiło zapewne jednocześnie z drugiem zajściem w ciążę lub też wkrótce potem.

W przypadkach Fraenkla brakuje wcale wiadomości anamnestycznych; przebieg choroby też bardzo niedokładnie opisano (II, VII i X przypadki).

W przypadkach opisanych przez Bryanta łatwo przypisać ojcu zarażenie matki kiłą. W przypadku Dieulafoya matkę zbadano dopiero wtedy, gdy już wystąpiły ogólne objawy; o poprzednim stanie jej zdrowia niema dokładnych wiadomości a więc nie można z pewnością wyłączyć zarażenia się matki od ojca. Też same zarzuty podnieść wypada z powodu przypadków Lancereauxa i Tarnowskiego.

Przypadki Masona wypada także zaliczyć do rzędu wątpliwych, gdyż dla niedokładnych wywiadów można było przypuścić przeoczenie u matki pierwotnej zmiany; w jednym zaś przypadku przeciwko zarażeniu się matki od płodu przemawiała nadto ta okoliczność, iż u matki odrazu podczas ciąży wystąpiły późne objawy, co wskazuje na dawniejsze pochodzenie kiły.

Niewięcej też przekonywające są przypadki, opisane przez Hutchinsona w 1876. r.; w żadnym z nich nie można wyłączyć zarażenia się matki od ojca, na stan zdrowia matek zwrócono uwagę dopiero w chwili wystąpienia ogólnych objawów kiłowych, o poprzednim stanie zdrowia matek niema żadnej wzmianki.

Żaden z 24 przypadków ogłoszonych w r. 1877. przez Didaya, nie może też udowodnić teoryi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu, ponieważ anamneza we wszystkich spostrzeżeniach prawie wyłącznie opiera się na opowiadaniach chorych, poprzedniego zaś stanu zdrowia matek w wielu przypadkach wcale nie znano. W żadnym z wymienionych przypadków Didaya nie znajdujemy przekonywających dowodów na to, iż zakażenie kiłowe matki nastąpiło po zapłodnieniu, nie zaś przedtem; w niektórych przypadkach powstaje nawet wątpliwość co do kiły, w innych zaś o stanie zdrowia płodu nic nie wiadomo (IV i X przyp.). W jednym przypadku (III) powiedziano najwyraźniej, iż płód nie przedstawiał żadnych zmian kiłowych.

Podobne zarzuty można podnieść przeciwko przypadkom Fourniera[1]), które są zresztą bardzo niedokładnie i krótko opisane; autor odrzuca możliwość istnienia pierwotnej zmiany u matek jedynie na mocy badania już po wystąpieniu ogólnych objawów kiły; w jednym znów przypadku (XVII) płód nie wykazywał żadnych zmian swoistych.

Przypadek Apolanta tyczył się pewnej kobiety, która z mężem niekiłowym spłodziła dziecię zakażone kiłą dziedziczną; nie znaleziono u niej żadnych oznak kiły, autor wnosi więc ztąd, że kiła dziecka pochodziła od pierwszego męża matki, ten zaś przebywał przed ożenieniem się kiłę i musiał zarazić swą żonę za pośrednictwem płodu, którego był ojcem(?). W przypadku Lutanda pochodzenie łożyskowe kiły matki wypada także podać w wątpliwość, albowiem matka z łatwością mogła nabyć kiły przy spółkowaniu od męża, który dopiero od 2 lat był zarażonym; pierwotny objaw u matki mógł przejść niepostrzeżenie.

Przypadki, przytoczone w podręczniku Zeissla, nie mogą też służyć jako niezbite dowody teoryi wstecznego zarażenia się matki od płodu, gdyż pierwotna zmiana mogła usadawiać się w głębi macicy a więc pozostała niedostrzeżoną, czemu wcale nie zapobiegało prawie codzienne opatrywanie chorych. W jednym z przypadków wzmiankowanych po urodzeniu kiłowego dziecka zauważyła u siebie matka w połowie drugiej ciąży wypadanie włosów i łuszczycę na dłoniach; w drugim znów przypadku osutka kiłowa wystąpiła w ciąży u pewnej matki, która przedtem urodziła dziecię kiłowe.

Trzy przypadki Engla tyczyły się matek, które wydawszy na świat dzieci kiłowe, dostały uporczywych bólów w mięśniach, nerwach i kościach. Pomijając tu już wątpliwość istnienia kiły u matek, mogłyby one zresztą zarazić się nie od płodu, lecz bezpośrednio od swych mężów. Przypadku Forstera nie można także zaliczyć do rzędu przekonywających z tego powodu, iż brakowało danych, które pozwalałyby wykluczyć możliwość istnienia zmiany pierwotnej; nadto zaś wobec niedokładnych wiadomości o stanie zdrowia płodów nie możemy z pewnością twierdzić o tem, iż miały one kiłę.

W opisanym przez Tymowskiego[1]) przypadku u pewnej damy, której mąż przed dwoma laty przebywał kiłę, pod koniec ciąży pojawiły się podejrzane wyrzuty na czole i piersiach, następnie obrzękły gruczoły limfatyczne szyjne i wystąpił nieżyt przewlekły przełyku i krtani a nadto dostrzeżono zapalenie okostnej na lewej goleni. Po swoistem leczeniu ustąpiły wymienione objawy; pomimo to dziecię, które przyszło wkrótce na świat, urodziło się nieżywem. Wobec braku dokładnych wiadomości o poprzednim stanie zdrowia chorej nie można twierdzić tu o łożyskowem zarażeniu się matki kiłą od płodu.

Przypadek Molfesego[2]) tyczył się pewnej przedtem zdrowej matki, która spłodziwszy z kiłowym mężem jedno zdrowe dziecię, poroniła następnie dwa razy, poczem zapadła na rozmaite objawy chery; obok tego pojawiły się u niej bóle gośćcowe i obrzęk gruczołów limfatycznych. Po poddaniu matki i ojca leczeniu przeciwkiłowemu urodziło się zdrowe dziecię. W wymienionym przypadku kiła matki była dość wątpliwą, twierdzić więc nie można z pewnością, iż płód kiłowy zaraził matkę; z drugiej znów strony, jeśliby nawet przypuścić, iż objawy u matki były kiłowymi, nie

[1]) l. c. Obs. (str. 147), Obs. XVII. (str. 248—249), Obs. XVIII. (str. 249.).

[1]) Wiadomości lekarskie. 1887. 6. str. 163—165.
[2] Il Progresso medico. 1892.

możemy wyłączyć możliwości bezpośredniego zarażenia matki przez męża.

We wszystkich przytoczonych spostrzeżeniach zwracają autorowie uwagę na brak u matek objawu pierwotnego kiłowego, nigdzie bowiem nie można było wykryć śladu pierwotnego stwardnienia, względnie owrzodzenia, oraz brakowało często obrzęku gruczołów limfatycznych; opierając się więc na braku objawów pierwotnych, a także biorąc pod uwagę wystąpienie u matki ogólnych objawów kiłowych w ciąży lub też wkrótce po urodzeniu dziecka kiłowego, zwolennicy teoryi *choc en retour* utrzymują, że w spostrzeganych przypadkach matki nie zaraziły się wprost od mężów, lecz nabyły choroby od kiłowego płodu za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku. Przeciwko zarażeniu się matek zwykłą drogą przemawiała napozór jeszcze i ta okoliczność, iż objawy zarażenia występowały u matek dopiero po zajściu w ciążę. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Im więcej wyskoku w danym napoju, tem energiczniej napój ten działa na ustrój. Wyskoku zawierają wódki i likiery od 30—50%, koniak do 60 i 70%, rum 77%, wina od 8—18% — z nich austryackie 8—10%, węgierskie od 8—12%, francuskie i reńskie 9—11·5%, hiszpańskie od 11—18%, szampańskie średnio 10%; piwo nareszcie zawiera wyskoku od 3—4%, cięższe piwa do 5%, porter do 6%. Ztąd *caeteris paribus* równa ilość alkoholu w piwie użyta obojętniejszą będzie dla ustroju, niż w formie wina; równa ilość w formie wina słabiej będzie działać, niż w formie wódki, koniaku, likieru. Rzecz przeto jasna, że przypuszczając zupełną czystość i prawidłowy skład chemiczny, najszkodliwszym napojem jest wódka, najmniej szkodliwym piwo.

Co do wódek jednak, wyskok w ich skład wchodzący wyjąwszy szlachetne i drogie gatunki koniaku, tudzież wódki i likiery ze zboża pędzone (n. p. żytniówka), jeżeli były dokładnie i starannie oczyszczone przez kilkakrotną destylacyę, prawie nigdy nie jest czysty; zmięszany jest z większą lub mniejszą ilością alkoholu propylowego, butylowego, amylowego, alkoholów wysoko-atomowych o wysokiej ciepłocie wrzenia. Mięszaninę tych alkoholów nazywamy pospolicie niedochodem czyli fuzlem, który nawet przez staranną, kilkakrotną rektyfikacyą nie da się w zupełności oddalić z wyskoku z ziemniaków pędzonego. Fuzel zaś jest ciałem bardzo trującem, już w dawce po 0·015 sprawia wyraźne objawy zatrucia ostrego, jak ból gniotący w czole; w dawce nieco mocniejszej (około 0·5) uczucie trwogi i nudności a używany nawykowo jest środkiem mocno trującym i zabójczym. Stopień szkodliwego działania fuzlu do alkoholu etylowego ma się, jak 15 do 1.

Z pomiędzy rozmaitych wódek ze względów higienicznych na pierwszem miejscu należy postawić prawdziwy, z wina pędzony koniak (który prawie zupełnie fuzlu nie zawiera), potem koniak z wytłoczyn winogron, dalej wódki ze zboża (żyta, pszenicy) pędzone a ostatnie, najniepoczestniejsze miejsce zajmują wódki pędzone z ziemniaków, jako w fuzel najobfitsze.

Rozliczne ciężkie choroby, jak przewlekłe nieżyty żołądka, stłuszczenie mięśnia sercowego, marskość wątroby, choroba Brighta, miażdżyca tętnic z jej różnorodnemi następstwami, padaczka, zaduma, paranoja, obłęd opilczy, zniedołężnienie umysłowe, niedomoga nerwowa (neurastenia) w wielorakiej postaci i t. d. nadzwyczaj często zawdzięczają swój rozwój nadużywaniu alkoholu w skoncentrowanej postaci wódek, daleko rzadziej alkoholowi w postaci wina a względnie rzadko piwa — n. p. powstanie marskości wątroby skutkiem nawykowego używania piwa wydarza się nader rzadko. — Chcąc równą ilość alkoholu, jaka mieści się w 50 gramach wódki średniego zgęszczenia (w kieliszku mierzącym 2 łyżki stołowe) wypić w postaci wina węgierskiego lepszego, trzeba wypić 250 gramów wina t. j. blisko połowę zwykłej butelki; chcąc tej samej ilości użyć w postaci piwa, n. p. pilzneńskiego, trzeba go wypić 850 grm., t. j. znacznie więcej więcej niż $^3/_4$ litra.

Wódki i wino nadto są wyłącznie środkami podniecającymi; piwo jest również środkiem podniecającym lubo znacznie słabszym, lecz zarazem środkiem odżywczym i pobudzającym akcyę trawienia.

Łatwo przeto zrozumieć, że równa ilość alkoholu zawarta w piwie obok pokaźnej ilości maltozy i ciał proteinowych, istót *par excellence* odżywczych, pomijając znaczniejsze rozcieńczenie alkoholu, musi mniej energicznie, zatem mniej szkodliwie działać na ustrój; wogóle bowiem napoje wyskokowe używane podczas jedzenia, mniej podniecają, trudniej upajają i znacznie słabiej ukazują swoiste zgubne działanie na tkaniny ustroju. Najzgubniejszem jest ich używanie naczczo, gdy żołądek jest próżny i gdy w pełnem zgęszczeniu mogą być wessane wprost do krwi. Najmniej względnie szkodliwem będzie picie napojów wyskokowych przy sposobności spożywania zwykłych pokarmów ciepłych, zwłaszcza tych, do których jesteśmy przyzwyczajeni: odpowiedniejszą jest szklanka wina lub piwa podczas prawidłowego obiadu lub wieczerzy, niż przy tak zwanych śniadaniach, złożonych z pokarmów zimnych, trudniej strawnych a mocno drażniących błonę śluzową żołądka. Nawiasowo wspomnę, że dziwna doprawdy, że ustawodawstwo podatkowe lokale do śniadań, które poniekąd stały się właściwością naszych miast a szczególniej Krakowa, łagodniej traktuje niż hotele, restauracye i gospody, gdzie podają świeże, ciepłe, bardzo odżywiające i według zasad sztuki kulinarnej przygotowane pokarmy a przytem dodatkowo tylko napoje wyskokowe. Sądziłbym, że odpowiadałoby więcej zasadom higieny postąpić odwrotnie; lokale do śniadań są zresztą zbytkiem a restauracye są niezbędne.

Obecnie zastanowimy się nieco bliżej nad stroną higieniczną napoju wyskokowego, najuboższego w wyskok a zarazem odżywczego, jakim jest piwo.

Piwo jest wytworem fermentacyi wyskokowej słodu, uzyskanego z kiełkującego jęczmienia. W fabrykacyi piwa rozróżniamy 4 okresy, mianowicie: 1) przygotowanie słodu, 2) uzyskanie brzeczki (wyciągu wodnego słodu), 3) właściwą fermentacyę brzeczki i 4) czynność odnosząca się do przechowania i pielęgnowania piwa.

1) Celem otrzymania słodu moczy się jęczmień w wodzie, przez co wciąga on w siebie około 50% wody, zarazem oczyszcza się go z pyłu i innych zanieczyszczeń, poczem rozmiękczony wyrzuca się na rostnik, gdzie następuje w ciepłocie aż do 40° C. kiełkowanie jęczmienia dopóty, dopóki kiełki nie dosięgną około $^3/_4$ długości ziarna. Jęczmień w ten sposób wyrosły, suszy się przez czas krótszy lub dłuższy, według tego, jaki rodzaj piwa zamierzamy uzyskać, przyczem kiełki obumierają i w młynkach na ten cel przeznaczonych oddzielają się od przeistoczonego jęczmienia czyli słodu. Kiełki stanowią dobrą paszę dla bydła i jako takie sprzedają się. Nakoniec słód tłucze się w osobnych przyrządach na drobne kawałeczki, lecz nie miele.

Powyższe postępowanie sprawia, iż skrobia jęczmienia wodą rozmiękczonego skutkiem działania wytworzonej podczas kiełkowania dyastazy zamienia się na cukier zdolny do

fermentacyi wyskokowej, mianowicie na maltozę i dekstrynę.

2) Drugi okres fabrykacyi ma na celu uzyskanie brzeczki. Brzeczka jest wodnym wyciągiem słodu i zawiera cukier słodowy (maltozę), dekstrynę, istoty białkowate (proteinowe) i sole. Stałe składniki brzeczki w wodzie rozpuszczone, razem wzięte zowiemy wyciągiem brzeczki. Odsetkową ilość wyciągu w brzeczce mierzy się sacharometrem (Ballinga). Brzeczka otrzymywana do fabrykacyi piw czeskich zawiera od 11—14% wyciągu, brzeczka zaś na piwa mocne, np angielskie i portery zawiera go od 20, 25—30%. W ogóle im brzeczka jest więcej zgęszczona, tem silniejsze, obfitsze w alkohol i składniki stałe może wydać piwo.

Skład chemiczny brzeczki 10-stopniowej, zatem 10% wyciągu zawierającej będzie mniej więcej następujący:

W 100 częściach:	
wyciągu . . .	9·398
W nim:	
cukru (maltozy) .	4·417
dekstryny . . .	3·372
istot proteinowych	0·626
popiołu	0·174
innych składników	0·730

Brzeczkę otrzymuje się przez mięszanie a następnie gotowanie słodu tłuczonego z wodą w osobno na ten cel urządzonych, metalowych kotłach zacierowych, skutkiem czego woda rozpuszcza w sobie (wyciąga ze słodu) maltozę i inne składniki stałe rozpuszczalne; podczas gotowania strąca się nadto część istot białkowatych. W odstojnikach opatrzonych rodzajem sit oddziela się brzeczkę od młóta, które jako paszę sprzedaje się dla bydła. Skład chemiczny młóta jest mniej więcej następujący:

wody	77·65
istot białkowatych	4·62
tłuszczu	1·53
istot bezazotowych	10·28
włókna drzewnego	4·77
popiołu	1·15
Razem .	100·00

Brzeczkę następnie gotuje się z chmielem, którego dodaje się średnio na jeden hektolitr brzeczki 10-stopniowej od 0·30 do 0·45 kilogr. Chmiel za pośrednictwem zawartego w nim garbnika wydziela pewną ilość istot białkowatych brzeczki i w ten sposób czyni ją przejrzystą; nadto dodaje jej cennych swych składników, przedewszystkiem goryczki chmielowej (lupuliny), żywicy i olejków aromatycznych; od tych to składników zależy w znacznej części smak i cechująca woń piwa. Zbyteczna wyjaśniać, że od gatunku jęczmienia i słodu do fabrykacyi użytego, nadto od wody (w zasadzie każda woda chemicznie i bakteryologicznie do picia odpowiednia, jest także dobrą do fabrykacyi piwa), zależy jakość i wartość brzeczki a od brzeczki piwo. Następnie rurami spuszcza się brzeczkę na chłodniki (metalowe, zwykle żelazne, wielkie a płytkie panwie), umieszczone w ubikacyi przewiewnej, celem oziębienia jej do ciepłoty stósownej dla fermentacyi. Rychłe ochłodzenie brzeczki jest konieczne, aby drobnoustrojom w powietrzu zawartym nie dać sposobności w korzystnej dla ich rozwoju ciepłocie zagnieździć się w znaczniejszej ilości w brzeczce i wywołać niekorzystne dla piwa kiśnienie, kwas mlekowy wytwarzające.

3) Dalszym okresem fabrykacyi jest właściwa fermentacya. Ta odbywa się w piwnicach, najlepiej sklepionych, wybrukowanych kamieniem lub betonem, w skrupulatnej czystości utrzymywanych, w kadziach fermentacyjnych (w niektórych wzorowych browarach używają kadzi z grubych płyt szklanych). W tym celu dodaje się do brzeczki pewną ilość drożdży, (na hektolitr średnio 0·5 kilogr. drożdży). Drożdże *(saccharomyces cerevisiae, saccharomyces Pastorianus)*, są czynnikiem wywołującym fermentacyę, której następstwem jest rozkład przeważnej ilości maltozy, w brzeczce zawartej na alkohol i kwas węglowy, nadto część istot białkowatych wydziela się i opada jako osad. Rzecz jasna, że skutkiem sprawy fermentacyjnej wobec zamiany maltozy na alkohol i kwas węglowy, zmniejsza się ciężar gatunkowy brzeczki. Fermentacya trwa 7—14 dni, krócej, jeżeli się zamierza otrzymać lekkie piwa, do bezzwłocznego użytku, dłużej, celem uzyskania piw cięższych, tak zwanych leżaków i marcowych. Odbywać się winna w ciepłocie od 5—6° R.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby zakaźne.

Błonica i jej leczenie.

Skreślił

Dr. Jan Landau,

obecnie przy szpitalu św. Anny we Wiedniu.

Badania Pasteura i Boucharda w ubiegłem dziesięcioleciu pobudziły i innych do zastanowienia się nad produktami mikroorganizmów pod względem chemicznym i pod względem stósunku tych mikroorganizmów do zbioru objawów przedstawiających odporność *(immunitas)*. Odporność ta polega na tem, że w surowicy krwi krążą rozpuszczone t. zw. antytoksyny i one to właśnie czynią organizm odpornym. (Antytoksyny są to istoty niedające się bliżej określić a zawarte w surowicy krwi zwierząt uczynionych odpornemi przeciw jadowi wytwarzanemu przez prątki; tyle tylko o nich wiemy, że rozpuszczają się w wodzie i że jad błoniczy robią nieszkodliwym. Są one więc środkiem swoistym, działają bowiem swoiście na toksyny a zazwyczaj także na żyjące bakterye. Behring też w zakończeniu swej rozprawy wyraża nadzieję, że kiedyś uda się otrzymać antytoksyny sposobem syntetycznym).

Na międzynarodowym zjeździe higieniczno-demograficznym w r. 1891 komisye państw otrzymały do załatwienia sprawę błonicy i jej leczenia z żądaniem złożenia zdania sprawy na jednym z najbliższych zjazdów. Sprawozdania te, odczytane na kongresie w Peszcie w Sierpniu r. b. odbytym, przekroczyły oczekiwania świata lekarskiego. W najważniejszych szczegółach sprawozdawcy zgadzają się ze sobą; w niektórych jednak referatach mimochodem potrącono o okoliczność, która, według dotychczasowych przynajmniej badań, przeznaczona jest do odgrywania pierwszej roli w terapii nietylko przeciw błonicy, lecz i przeciw innym sprawom chorobowym, wobec których dotychczas byliśmy bezsilni. Na okoliczność tę niezmiernej doniosłości zwracają równocześnie uwagę dwie komisye: niemiecka pod przewodnictwem Löfflera i francuska z Rouxem, uczniem Pasteura na czele. Między punktami referatu, punkt 15 referatu niemieckiego zwraca pierwszy raz uwagę lekarzy na badania tyczące się leczenia błonicy zapomocą właściwej surowicy leczniczej. I jak nie zwrócić uwagi na leczenie antytoksynami, mające zalety rzadkie pomiędzy środkami terapeutycznymi: 1) środka ugruntowanego na podstawie naukowej, 2) swoiście działającego przeciw najcięższym chorobom i wobec którego maksymę lekarzy *primum non nocere* w zupełności można zatrzymać. Mówiąc o szkodliwości, nie od rzeczy będzie kilku słowami dotknąć się kwestyi tej, która na podstawie badań naukowych stanowczo może być zaprzeczoną. Szkodliwym środek ten nie jest! Heubner też wymieniając zalety środka tego *(Deutsche medizin. Wochschft* 1894. Nr. 36.) podaje, że 1) daje się odmierzyć, 2) że jest nieszkodliwy a na poparcie przytacza, że dzieciom 1—2 letnim, nędznie odżywionym, wstrzykiwano surowicę a żadnej nie poniosły szkody. Mimowoli nasuwa się na myśl przestroga Henocha, który po gruntownem roztrząśnieniu dotychczasowego leczenia płukaniami, pomazywaniem i przestrzykiwaniem wodą wapienną, chloranem potasowym, kwasem borowym, papajotyną, nadmanganezanem potasowym i t. d. wykazuje bezzasadność używania tych środków, gdyż swoiście nie działają a wypłukują tylko roz-

kładające się części. Przedstawia następnie szkodliwości miejscowego działania sublimatu, kwasu karbolowego, podskórnego wstrzykiwania pilokarpiny, która wywołuje zapad w organizmie, już i tak sprawą błoniczą osłabionym. Nie mając więc środka do zwalczenia zjadliwej tej choroby, nie bierze za złe lekarzom i bakteryologom, jeśli z gorączkowym pośpiechem szukają środka swoistego; żąda jednak, aby go polecano po należytem zastanowieniu się krytycznem nad przebiegiem choroby, przestrzega zaś przed użyciem, zanimby się przekonano, że jest nieszkodliwy. Zasadnicze więc żądanie dawnych lekarzy, o ile polegać można na dotychczasowych badaniach, spełniłoby się całkowicie, gdyż jakkolwiekbyśmy się sceptycznie zapatrywali na stan obecny leczenia błonicy nowym środkiem, to nie ulega wątpliwości, że dotychczas szkodliwego wpływu żaden z badaczy nie obserwował.

Głównym celem niniejszego zdania sprawy jest zaznajomienie czytelnika z leczeniem obecnem zapomocą surowicy, ze sposobem jej otrzymywania, przedstawienie pokrótce statystycznie wyników dotychczas otrzymanych a wreszcie roztrząśnienie sprawy szczepienia ochronnego.

Rozpoczniemy od opisu otrzymywania surowicy sposobem Rouxa. Roux rozpoczał badania swe w r. 1891. wspólnie z Martinem i Chaillonem. Toksyny, potrzebne do wstrzykiwania koniom, otrzymuje w ten sposób, że do miseczek wlewa alkaliczny bulion, zmięszany z 2% peptonem; po wyjałowieniu zaszczepia na bulion świeże hodowle bakteryj błoniczych i umieszcza naczynie w temperaturze 37°. Gdy się rozpoczyna rozwój kolonii, wprowadza do naczyń powietrze. Najpóźniej po upływie trzech tygodni wytwarza się w hodowlach taka ilość toksyn, iż można ich użyć do immunizowania koni. Hodowle przesącza się przez filtr Chamberlanda a otrzymany płyn jasny przechowuje się w zwykłej temperaturze w naczyniach zamkniętych, ukrytych przed słońcem. Toksyny tak otrzymane, wstrzyknięte w ilości 0·1 cm³, zabijają morską świnkę ciężaru 500 gr. w przeciągu 48—60 godzin. Roux początkowo wstrzykuje z toksyn tych koniom 1 cm.³ z dodatkiem jodu, gdyż w ten sposób płyn ten staje się mniej niebezpieczny i konie lepiej go znoszą. Przy następnych wstrzykiwaniach wstrzykuje więcej toksyn z dodatkiem mniejszej ilości jodu tak, iż po upływie miesiąca wstrzykuje dwa razy tygodniowo po 20—30 cm.³ toksyn. Konie znoszą wstrzykiwania bardzo dobrze i z wyjątkiem nieznacznego ropienia i krótkotrwałej gorączki okazują stan prawidłowy. (Behring twierdzi wprawdzie, że zwierzę wydaje antytoksynę tem mocniej działającą, im mocniej oddziaływa na wstrzyknięcie, koni więc nie powinnoby się używać za *medium;* Roux wszakże używa koni, gdyż przy badaniach nad tężcem przekonał się, że ludzie dobrze znoszą surowicę krwi koni). Otrzymaną surowicę wstrzykiwał Roux świnkom morskim, albowiem u nich łatwo na błonie śluzowej sromu wywołać można błony dyfterytyczne. Gdy wstrzykiwał surowicę w przeciągu 12 lub 24 godzin po rozwinięciu się błon, następowało wyleczenie, surowica bowiem działa na sprawę miejscową i wstrzymuje wystąpienie intoksykacyi ogólnej. Trudniej wyleczyć, jeśli są równocześnie prątki błonicze i streptokoki, czyli tak zwane zakażenie mięszane. Jeśli mamy uzyskać pożądany skutek, musimy leczenie rozpocząć w przeciągu pierwszych 12—24 godzin.

(Dokończenie nastąpi).

Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem błonicy stósowaną surowicą.

W listopadowym zeszycie *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* z r. b. znajduje się wiadomość w dziale od Redakcyi, mająca wielką wagę w leczeniu surowicą. Antytoksyna wytwarzać ma w ustroju nietolerancyę trucizn chemicznych, zwłaszcza przetworów przeciwgnilnych, stósowanych w dawkach leczniczych, chociażby najłagodniejszych. Pięcioprocentowy roztwór karbolu, w którym zmaczano *tubus*, już w drugim dniu wywołał zatrucie karbolowe; pomazywanie gardła rozczynem sublimatu w glicerynie w dawce najłagodniejszej wywołało rtęcicę, rzecz do tej pory zupełnie nie spostrzeganą w podobnych okolicznościach.

Pozostawiając na uboczu wyjaśnienie tego objawu, podajemy powyższe spostrzeżenie do ogólnej wiadomości a to tak w celu uniknięcia przyszłych niespodzianek w leczeniu surowicą, jak i dla stwierdzenia ważnego objawu leczniczego i biologicznego. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Fizyologia.

K. Basch: Centralna innerwacya mechanizmu ssania.

Mechanizm ssania u noworodków jest stósunkowo do innych ruchów nader skomplikowany, albowiem, jak to autor obserwował za pomocą zwierciadeł, wykonywają go mięśnie języka warg, grupa mięśni między mostkiem a językiem i mięśnie dolnej szczęki, służące do pokonania oporu mięśni sutki matki. Ruch ssący jest ruchem odruchowym, gdyż na zwierzętach wymóżdżonych i na płodach ludzkich z nierozwiniętym mózgiem curhów tych wywołać nie można. Z nerwów ruchowych bierze udział w tej czynności nerw twarzowy, podjęzykowy i część ruchowa nerwu troistego, z czuciowych gałązka czuciowa tegoż nerwu, stanowiąca pobudkę do odruchu. Ośrodek osobny zawiadujący tym ruchem znajduje się w rdzeniu przedłużonym i składa się z dwóch symetrycznych, synergicznie działających, po wewnętrznej stronie ciałka powrózkowatego znajdujących się pasem nerwowych, obejmujących jądra nerwów twarzowego, troistego i podjęzykowego. Zniszczenie ośrodka a więc zniszczenie substancyi między jądrem czuciowem a ruchowem nerwu troistego wywołuje brak odruchów po stronie operowanej a przez to ustanie aktu ssania. *(Wiener Medicin. Wochenschrift)* Nr. 17. 1894.
Dr. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

— Lewin (w Brukselli): Wdychanie octu przeciw wymiotom po narkozie chloroformowej zaleca autor na podstawie własnych doświadczeń w ten sposób, że pokrywa twarz kompresem napojonym octem tak, że powietrze wszelkie, które wciąga chory w siebie za każdym wdechem, napawa się parami octu. Autor przekonał się, że pod wpływem tych wdychań tętno staje się pełniejszem, ruchy oddechowe głębszemi, twarz nabiera kolorów, ustępuje uczucie ogólnego osłabienia i wymioty nie pojawiają się lub ustępują, jeżeli pojawiły się już podczas chloroformowania. Nieraz po zdjęciu kompresu napojonego octem ukazują się nudności, znikające znów po jego założeniu.

Taki kompres napojony octem, zwilżany w miarę jak wysycha, należy trzymać na twarzy przynajmniej przez trzy godziny po ustaniu narkozy.

Autor jest zdania, że pomyślne działanie przeciw wymiotom po narkozie chloroformowej pochodzi częścią z podniecającego działania octu na drogi oddechowe a częścią z wchodzenia octu w związek chemiczny z chlorem, powstałym z rozkładu chloroformu a drażniącym tchawicę, krtań i połyk i w ten sposób wywołującym wymioty. *(La semaine médicale* 31. Października 1894).

— A. Blaschko: O wstrzykiwaniu sublimatu do żył w kile *(syphilis).* Autor idąc za zaleceniem Baccellego próbował wstrzykiwać w kile sublimat do żył, używając do tego wszakże mocniejszego rozczynu:

136)	Rp.	*Sublimati corrosivi*	*0·30*
		Natrii chlorati	*0·60*
		Aquae destil.	*99·10*

Z tego rozczynu wstrzykiwał strzykawką obejmującą 2 cm.³ płynu, po raz pierwszy ¼, drugim razem ½ a później po całej strzykawce, w niektórych przypadkach nawet po dwie strzykawki dziennie. Przypada więc na wstrzyknięcie od 1·5 do 12, średnio 6 miligramów sublimatu czyli, jeżeli w ciągu całego leczenia wstrzykuje się 30—36 razy,

potrzeba ogółem $1^1/_2$ do 2 centygramów sublimatu. Jestto ilość rtęci nadzwyczaj mała w porównaniu do tej, jakiej używamy do wstrzykiwań podskórnych lub wśródmięśniowych.

Pod względem technicznym zasługuje na uwagę, iż metoda Baccellego da się zastósować tylko w stałej klinice ze względu na potrzebę obserwowania chorych po wstrzyknięciu i tylko u osób, u których przez podściółkę tłuszczową przeświecają żyły podskórne. Ale i tam nawet, gdzie pierwsze wstrzykiwania nie ulegały żadnym trundnościom [1]), zdarza się bardzo często, iż żyły z pod skóry znikają, co pochodzi z utworzenia się zaskrzepu w żyle i zwróceniu się krwi do żył głębszych, już niewidocznych. Wstrzykiwanie w żyły kończyn dolnych również tym samym ulega trudnościom.

Do wstrzykiwań potrzeba koniecznie igieł krótkich, bardzo cienkich i nadzwyczaj ostrych a ponieważ sublimat je nadżera i przez to stępia, przeto po każdem wstrzyknięciu należy je wyczyścić i przestrzykać wyskokiem bezwodnym, przechowywać w wazelinie a ostrzyć bardzo często. Wbijając igłę, trzeba przebić skośnie naraz skórę i żyłę, wstrzykiwać powoli a po wyjęciu igły puścić na otworek nieco kolodyonu z jodoformem. Rozumie się zresztą samo przez się, że cała manipulacya musi odbywać się z zachowaniem wszelkich ostrożności aseptycznych.

Do oderwania się zaskrzepów a ztąd zatorów nigdy nie przyszło w doświadczeniach autora.

Jak można było z góry spodziewać się po dawkach tak małych, nie było po wstrzykiwaniu sublimatu w żyły nigdy żadnych przypadków zatrucia rtęcią, do czego przyczynia się zapewne i to, że rychło wydziela się rtęć znów z ustroju. Jakoż już w godzinę po wstrzyknięciu była zawsze rtęć w moczu, wydzielała się nim najwięcej w 3 do 6 godzin tak, iż następnego dnia już nic z niej w moczu nie było. To zmienia się wprawdzie później za dalszemi wstrzykiwaniami: wydzielanie rtęci moczem odbywa się znacznie wolniej, ale po 14 dniach i tak już nie można było wykryć rtęci w moczu.

W tej okoliczności tkwi zasadnicza różnica od innych sposobów leczenia rtęcią, w których pozostają składy z rtęcią, zkąd dopiero pewne jej ilości dostają się ciągle do obiegu krwi. Ztąd znów tworzą się złogi rtęci we wszystkich tkaninach, dopóki rtęć nie opuści ustroju przez nerki, przewód pokarmowy i skórę. Przy wstrzykiwaniu sublimatu do żył zostaje tylko bardzo mało rtęci w ustroju, bo największa jej część wychodzi zeń w najbliższych 24 godzinach; dlatego nie ma mowy o działaniu następowem przez czas dłuższy.

Przypadki leczone przez autora wstrzykiwaniem sublimatu do żył znajdowały się prawie wszystkie we wczesnych okresach choroby. Skutek leczenia był we wszystkich i w czasie stósunkowo krótkim. W jednym tylko przypadku i po 20 wstrzyknięciach nie było prawie żadnej zmiany tak, iż musiano przejść do wstrzykiwań salicylanu rtęciowego. O zmianach kilakowych nie może autor nic powiedzieć z braku spostrzeżeń.

Czy skutek w przypadkach, w których leczenie przeprowadzono zupełnie, jest trwały, nie można jeszcze wiedzieć na pewno; zasługuje wszakże na uwagę okoliczność, że w krótkim czasie zgłosiło się do autora 4 pacyentów z nawrotami choroby.

Ostatecznie oświadcza autor, że za zalety metody terapeutycznej Baccellego uważać trzeba:

1) niebolesność wstrzykiwań, o ile one odbywają się rzeczywiście do żył;

2) małe ilości rtęci potrzebne do skutku;

3) dokładne oznaczenie dawki leku;

4) okoliczność, że cała ilość wstrzyknięta jest rzeczywiście wessana;

[1]) Na te trudności wstrzykiwania w żyły zwrócił już dawniej uwagę Dr. Uhma we Lwowie (patrz *Medycyna* Nr. 35. z r. b. i *Przegląd lekarski* Nr. 37. również z r. b.).

5) brak wszelkich nieprzyjemnych zjawisk i skutków ubocznych.

Przeciw tym niezaprzeczonym zaletom występują wszakże niedogodności i to bardzo znaczne, jak możność użycia tylko w klinikach, trudności techniczne samychże wstrzykiwań, nieraz nie do pokonania, prawdopodobnie brak trwałości skutku. W żadnym przeto razie nie można mówić o wyższości wstrzykiwań w żyły nad wcieraniami szaruchy i wstrzykiwaniem przetworów rtęci nierozpuszczalnych.

Wstrzykiwanie przeto w żyły uważać trzeba za łagodne leczenie, bardzo stósowne tam, gdzie należy unikać wielkich dawek rtęci, jak u suchotników, u osób wyniszczonych i nerwowych i nieznoszących w ogóle znacznych ilości rtęci.

Główne znaczenie metody Baccellego widzi autor w wykazaniu, że można małemi dawkami rtęci działać na objawy kiły, z drugiej strony w zainicyonowaniu leczenia przez wprowadzenie leków wprost do żył, przyczem autor jako dermatolog ma na myśli arsen, którego żołądek tak często nie znosi, który w razie wstrzykiwania podskórnego sprawia znaczny ból a przecież w niektórych chorobach skórnych jest niewątpliwie bardzo skuteczny. W każdym razie myśl uczonego badacza włoskiego otwiera widok na nowe sposoby terapeutyczne. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 5. Listopada 1894).

— Chloral nadaje się do użycia zewnętrznego według Brodnaxa:

w swędzeniu skórnem (skutkiem pokrzywki i t. d.) w postaci mazidła:

137) Rp. *Hydratis chlorali*
Acidi carbolici $\widehat{aa}$ *0·50*
Olei olivarum *50·00*
MDS. Zewnętrznie.

a w bólu zębów z próchnienia *(caries)* w postaci kuleczek z waty napojonej płynem:

138) Rp. *Hydratis chlorali*
Camphorae
Acidi carbolici
Glycerini $\widehat{aa}$ *5·00*
MDS. Zewnętrznie.

zakładanych do właściwego wydrążenia. (*La semaine médicale.* 7. Listopada 1894).

V. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

II. Prof. **Rydygier**: *Przypadek polipa włóknistego pozaszczękowego (Retromaxillargeschwulst Langenbecka), operowany za pomocą tymczasowego wypiłowania szczęki górnej sposobem* O. Webera. (Sprawozd. własne). Operacya polipów włóknistych pozaszczękowych wymaga koniecznie tymczasowego wypiłowania szczęki górnej, inną bowiem drogą nie możemy dotrzec do ich szypułki, znajdującej się w szczelinie skrzydło-podniebiennej *(fissura pterygopalatina)*. Z tego już względu czysto praktycznego ważną jest rzeczą, żeby nowotwory te ściśle odróżniać od polipów jamy noso-gardłowej, wyrastających z podstawy czaszki, do której rozmaitemi innemi drogami dojść możemy bez tak ciężkich zabiegów przedwstępnych, jak to nam pomiędzy innymi opisał i kol. Bar ą cz. Dlatego to w swoim podręczniku starałem się te

sprawy tak dokładnie przedstawić i podać cechy dozwalające je rozpoznać.

Niedawno mieliśmy w klinice swojej ciekawy przypadek rzadkiego tego nowotworu u chłopca 14-letniego a chociaż nigdy przedtem nie widziałem podobnego przypadku, rozpoznaliśmy go z łatwością, przywodząc sobie do myśli opis Langenbecka. W jamie gardłowej znajdował się guz, który nieco zapuszczał się do nozdrza, gałka oczna po tej stronie była wysadzona, skroń więcej wypełniona.

Nie chcąc użyć sposobu Langenbecka do tymczasowego wypiłowania szczęki górnej, gdyż pozostawia on bardzo szpecącą bliznę i wywołuje porażenie wielu gałązek nerwu twarzowego, użyłem sposobu podanego w głównych zarysach dawno już przez O. Webera a dziś zapomnianego, o którym dopiero po operacyi znalazłem wzmiankę w starem wydaniu podręcznika Pithy-Billrotha.

W częściach miękkich używa się zmodyfikowanego cięcia Dieffenbacha do całkowitego wypiłowania szczęki górnej, jak je opisuje O. Weber (zobacz mój podręcznik str. 178) a które właściwie nazwać należy cięciem Nelatona. Cięcie to rozpoczyna się poniżej wewnętrznego kąta ocznego, przebiega na granicy pomiędzy nosem a policzkiem ku dołowi, dalej okrąża skrzydło nosa i nareszcie przedziela górną wargę w samym środku wprost ku dołowi. Drugie cięcie poziome prowadzi się od górnego końca pierwszego wzdłuż dolnego brzegu oczodołowego. Dalsze postępowanie już jest odmienne. Trzecie cięcie oddziela wargę od wyrostka zębodołowego po odpowiedniej stronie szczęki i przebiega w ustach. Cięcia przez kość robimy dłutem. Przecinamy naprzód wyrostek czołowy kości licowej, dalej łuk kości licowej, następnie wyrostek nosowy szczęki górnej, nareszcie przecinamy poziomo szczękę górną powyżej wyrostka zębodołowego tak, że zęby pozostają nienaruszone. Płat ten kostno-mięsno-skórny odchylamy na zewnątrz, przełamując połączenie szczęki górnej z kością klinową, co się tem łatwiej udaje, ponieważ tutaj mamy szypułkę guza i części te są rozluźnione. Po wycięciu guza i wyjęciu jego odnóg, płat cały wkładamy napowrót na swoje miejsce, przytwierdzając go kilkoma szwami, przez okostnę założonymi. Rany w częściach miękkich łączymy także dokładnie szwami.

Zalety tego sposobu przed sposobem Langenbecka są znaczne: przedewszystkiem nie ma porażenia nerwu twarzowego, który wstępuje od tyłu przez szypułę płatu; powtóre blizny są daleko mniej szpecące. Tem się zaś korzystnie różni od sposobu Boeckla, do którego zresztą jest podobny, który jednak cięcie poziome dolne prowadzi zewnątrz przez policzek.

Przebieg pooperacyjny u naszego chorego był zupełnie pomyślny; rana skórna na twarzy zagoiła się przez rychłozrost, tylko przez czas jakiś utrzymywał się obrzęk dolnej powieki i części policzka, co potem ustąpiło. Szczelinę skrzydłopodniebienną po wyjęciu guza wytamponowano przy operacyi gazą, którą po tygodniu usunięto przez usta. Chory opuścił klinikę zupełnie w dobrym stanie.

W dyskusyi oznajmia Dr. Ziembicki, że ma do przedstawienia chorych i preparaty w szpitalu, dokąd zaprasza obecnych na dzień następny.

Dr. Kader nadmienia, że we wrocławskiej klinice chirurgicznej stósowano w przeszłym roku podobną do użytej przez prof. Rydygiera metodę dwa razy z zupełnem powodzeniem.

III. Dr. **T. Drobnik**: *O leczeniu porażeń dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni.* (Sprawozd. własne). Leczeniu ortopedycznemu rozmaitych porażeń dziecięcych, mianowicie mięśni poruszających stopę, stoją na przeszkodzie skurczenia mięśni przeciwniczych (antagonistów) porażonym. Dlatego operacyjne leczenie porażeń dziecięcych dotychczas ograniczało się głównie w przypadkach nieodpowiednich do artrodezy lub amputacyi na przecięciu ścięgien skurczonych mięśni. Starano się nadać stopie odpowiednią postać za pomocą opatrunków gipsowych, aby w końcu założyć stósowny aparat ortopedyczny. Wyniki zabiegów tych nie zadowalniały mnie nigdy. Mianowicie w praktyce klinicznej, gdzie liczyć się musimy ze szczupłymi środkami pacyentów, stósunkowo drogie aparaty, często wymagające odnowienia lub naprawy złudnemi czyniły wszelkie nasze zabiegi. Długiego i kłopotliwego leczenia skutkiem była w tych przypadkach zawsze prawie całkowita recydywa. Przypadek takiej recydywy, doprowadzający rodziców do ostatecznego zniechęcenia po wielu i bardzo kosztownych próbach leczenia stopy szpotawej paralitycznej we Wrocławiu za pomocą elektryzowania najpierw a potem rozmaitych aparatów ortopedycznych, dostał mi się w jesieni 1891. roku. Przypadek ten jako pierwszy opisany jest dokładnie w jednym z pierwszych numerów *Gazety lekarskiej* z 1892. roku; dlatego tutaj tylko dla informacyi krótko go przytoczę.

Porażonym był mięsień wyprostnik palców stopy, którego zadaniem głównem jest unosić stopę na zewnątrz i ku górze. Wszystkie inne mięśnie były w całej pełni swojej czynności. Skurczony był mięsień brzuchaty łydki a nadmiernie rozwinięty mięsień wyprostnik palucha. Zbytnie wybujanie wyprostnika palucha polega na tem, że przy każdem nastąpieniu, mięsień ten starał się przejąć czynność porażonego i pogarszał tylko, jako pomocnik mięśnia goleniowego przedniego, ułożenie stopy. Oprócz tego widoczną była przeszkoda, jaką ten właśnie mięsień stawiał przy prawidłowem ustawianiu stopy; kurcząc się podnosił paluch do tego stopnia, że niemożliwem czynił założenie jakiegokolwiek trzewika. Dawniej przytwierdzałem paluch do sandała za pomocą tasiemki, ostatecznie mało skutecznej, gdy się zamiast sandału trzewik miało włożyć na nogę. Z tego powodu w tym przypadku oprócz przecięcia ścięgna Achilesa wskazanem wydało się przecięcie także ścięgna wyprostnika palucha. Postanowiłem tedy część brzuszkową ścięgna, przeszkadzającego wyprostowaniu, dla próby przyczepić do porażonego wyprostnika palców stopy. Próba ta prosta i nienarażająca chorego na żadne pogorszenie udała się i stworzyła podstawę do zupełnego zmienienia całego mojego postępowania w leczeniu porażeń dziecięcych i rozszerzenia granic tego sposobu leczenia na inne części ciała a mianowicie na ręce.

Wyszedłbym po za ramy referatu, chcąc roztrząsać wszystkie (ośm) przypadki porażeń dziecięcych, leczonych za pomocą przenoszenia czynności mięśni. Na tem miejscu chodzi tylko o zaznaczenie okresów rozwoju tej metody operacyjnego leczenia porażeń dziecięcych.

Są przypadki, w których prosty sposób operacyjny powyżej naszkicowany wcale nie da się zastósować. Jednym z takich przypadków jest postać kopytowa stopy, *pes equinus*, polegająca na porażeniu mięśnia brzuchatego łydki. Do

poprawienia tej postaci stopy, zużyć możemy tylko mięśnie zginacze stopy a więc zginacz palców nogi lub strzałkowe. Przecięcie ścięgna jednego z tych mięśni i przyczepienie do ścięgna Achillesowego wydaje się niemożliwem, gdyż moglibyśmy pogorszyć stan nie wiele mając nadziei polepszenia. Do równego unoszenia pięty konieczną jest w tym przypadku pomoc dwóch mięśni, których ścięgna możnaby przyczepić po każdej stronie do ścięgna Achillesowego. Wykonać to tylko można, nie poświęcając zupełnie czynności mięśni, których siłę mamy zużytkować do unoszenia pięty. Cel ten postanowiłem osiągnąć przez odczepienie części ścięgien mięśni przebiegających po obu stronach ścięgna Achilesowego i przyczepienie tych części do niego. Odciąwszy tedy zewnętrzną połowę ścięgien długiego zginacza palców stopy i strzałkowego krótkiego na 8 do 10 cm., przytwierdziłem te części, zostające w połączeniu z brzuszkiem mięśni do okostnej kości piętowej i odświeżonych zewnętrznych brzegów ścięgna Achillesowego. Obawa o obumarcie tych odcinków ścięgien okazała się płonną — skutek był bardzo dobry. Operacya odbywała się zupełnie aseptycznie, ażeby nie zniszczyć antyseptycznemi środkami delikatnych naczyń, oplatających ścięgna w postaci siatki, złożonej z wydłużonych prostokątów lub równoległoboków. Korzystny wynik tej operacyi rozszerzył znacznie granice operacyjnego leczenia porażeń dziecięcych i pozwalał obejmować tą metodą te nawet przypadki, w których porażenie znacznej bardzo liczby mięśni jakiejś kończyny zmuszałoby do wykonania w danym razie artrodezy. Możliwość rozłożenia czynności jednego mięśnia i skierowania jej w odpowiednim kierunku szczególnie korzystną mi się przedstawiała w przypadku porażenia wyprostników palców ręki, będących równocześnie w znacznej części pomocnikami przy wyprostowaniu dłoni. Porażenie to ubezwładniało zupełnie czynność ręki. Chora dziewczynka czteroletnia ręką nic chwycić nie mogła, bo jej nie mogła otworzyć. Porażone były w tym przypadku *m. extensor carpi ulnaris* i *extensor digitorum communis. Extensores carpi radiales* pełniły swoją funkcyę zupełnie bezużytecznie. Odczepiłem tedy część wewnętrzną ścięgna *m. extensoris carpi radialis* i przyczepiłem ją do zewnętrznego brzegu wyprostnika palców ręki. Po zagojeniu rany nauczyłem dziewczynkę w krótkim czasie prostowania palców przez unoszenie zewnętrznego brzegu dłoni ku górze. Przy ruchu tym wywołanym czynnością mięśnia *extensoris corpi radialis* otwierały się palce mniej więcej do połowy.

W dyskusyi oświadcza dr. Kryński, że operacya przenoszenia czynności mięśni stosować można w celu leczniczym nietylko w przypadkach porażeń, jak to zaproponował i wykonał w opisanych przypadkach dr. Drobnik, lecz i w innych, przedewszystkiem zaś w przypadkach urazowych uszkodzenia czy rozerwania ścięgien, gdzie nie można poprostu zeszyć rozłączonych końców. W przypadkach tych szanse operacyi są nawet lepsze wobec braku tych zboczeń w unerwieniu i krążeniu, jakie są następstwem porażeń. Przed miesiącem niespełna operował mówca w klinice krakowskiej jeden taki przypadek. Tyczył się on młodego, 20-kilkoletniego rzemieślnika, który przed pół rokiem wbił sobie szydło w sam środek dłoni prawej. Rana zagoiła się wkrótce, lecz od tego czasu pozostała nieruchomość środkowego palca, który sterczał ciągle wyprostowany, zawadzając bardzo w robocie. W celu usunięcia tego, wykonał mówca następującą operacyę: po przecięciu skóry podłużnie przez środek dłoni okazało się, że rzeczywiście w miejscu blizny przecięte były zupełnie ścięgna środkowego palca obydwóch zginaczów palców, powierzchownego i głębokiego (*m. flexor digitorum sublimis et profundus*); dolne końce tych ścięgien można było z łatwością odnaleść na palcu w pobliżu miejsca skaleczenia, lecz za to końce górne cofnęły się tak wysoko ku nadgarstkowi, że nie można było myśleć o zbliżeniu i zeszyciu.

Wobec tego rozszczepił mówca podłużnie w odpowiedniej wysokości ścięgno powierzchownego zginacza wskaziciela i dolny brzeg otrzymanego w ten sposób płatka ścięgnistego zeszył z dolnym końcem przeciętego zginacza powierzchownego palca środkowego. W tenże sam sposób zeszył rozszczepione ścięgno zginacza głębokiego palca czwartego z dolnym końcem przeciętego zginacza głębokiego trzeciego palca. Drogą tą powstawała możność wyrównania czynności palca środkowego bez narażania czynności zginaczów dwóch palców sąsiednich.

Po zagojeniu rany skórnej i zdjęciu opatrunku chory mógł palcem środkowym wykonywać razem z pozostałymi palcami słabe ruchy zginające; jest więc nadzieja, że po mocnem zrośnięciu się zeszytych ścięgien, przy pomocy odpowiedniej gimnastyki palców, to ograniczenie ruchów palca środkowego ustąpi lub przynajmniej wyrówna się znacznie.

Na tem zakończono 1-sze posiedzenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 15. Listopada 1894 r.

— Czwarte zebranie krakowskiej Izby lekarskiej odbyło się dnia 10. b. m. w obecności wszystkich członków Izby.

Na posiedzeniu tem powzięto następujące uchwały:

1) Przy Izbie lek. w Krakowie zostanie utworzoną z początkiem roku 1895. kasa doraźnego wsparcia dla lekarzy i ich rodzin. Ułożony przez Wydział w tej mierze regulamin zatwierdzono.

2) Ułożono i przyjęto budżet na rok 1895, oznaczając wkładkę roczną po 4 złr. od każdego lekarza na potrzeby bieżące Izby, nadto po 2 złr. na fundusz kasy wsparcia.

3) Uchwalono sposób postępowania w ściąganiu wkładek i wydano postanowienia co do ulg w ich uiszczaniu. Przepisy w tym względzie zostaną podane do ogólnej wiadomości przez prezydenta Izby.

4) Izba lekarska krakowska uznając doniosłość wspólnego porozumiewania się Izb austryackich, w sprawach tyczących się ogółu lekarzy, postanowiła przystąpić do wieców tychże Izb, z zastrzeżeniem własnego stanowiska autonomicznego i brać w nich czynny udział przez swych delegatów.

5) Postanowiono wnieść podanie do Rady państwa w sprawie reformy taks sądowo-lekarskich.

6) W sprawie rewizyi ustawy o zabezpieczeniu chorych uchwalono zwrócić się do Ministerstwa spraw wewnętrznych z prośbą o wezwanie obok innych korporacyj także i Izb lekarskich do wydania w tej mierze swej opinii.

— Komisya sanitarna krakowska odbyła w d. 13. b. m. wspólnie z radą szkolną okręgową miejską pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem oświadczono się po długiej i wyczerpującej dyskusyi, w której brali udział prawie wszyscy lekarze do Komisyi przerzeczonej należący, za zaprowadzeniem sposobem próby w szkołach ludowych w Krakowie nauki jednorazowej z zastrzeżeniem stosownych, co raz dłuższych pauz między godzinami naukowemi i takiego ugrupowania przedmiotów po sobie, by po najbardziej natężających umysł szły przedmioty łatwiejsze a na samym końcu znalazły

się rzeczy więcej mechaniczne, jak śpiew, rysunki, kaligrafia, gimnastyka i t. p.

— Dowiadujemy się ze *Zdrowia*, iż wystawę higieniczną, w roku przyszłym w Warszawie odbyć się mającą odroczono do roku 1896. a to z przyczyny oświadczenia P. Prezydenta miasta, iż Warszawa dopiero w r. 1896. będzie mogło wziąć należyty udział w Wystawie; natomiast zdecydowano się co do miejsca, bo postanowiono korzystać z ofiarowanego przez miasto placu między ulicami Polną, Kaliksta i Nowowiejską, mającego 200.000 łokci ² powierzchni. Miasto zamierza plac po wystawie zostawić w postaci ogrodu dla publiczności.

— Jak donosi *Medycyna*, stan zdrowia publicznego w Warszawie po bardzo niepomyślnych Sierpniu i Wrześniu, z ustąpieniem cholery poprawił się znacznie a śmiertelność w Październiku 22·5‰ jest nieco mniejsza od śmiertelności w tym samym miesiącu r. z. Z chorób zakaźnych pojawiają się teraz najczęściej odra, błonica i płonica (ta szczególniej w bardzo ciężkiej postaci), również wiele przypadków róży i zapalenia płuc włóknikowego, mało zaś duru brzusznego. Duru osutkowego w ostatnich czasach nie widywano.

— Dr. Teodor Heryng w Warszawie otrzymał zaproszenie na współpracownika pisma *la Tuberculosi*, wydawanego przez prof Maraglianę w Genui.

— Z powodu śmierci lekarza miasta Warszawy, Henryka Bernarda, zaszły następujące zmiany w podziale służby sanitarnej: lekarzem cyrkułu 10-tego (nowoświeckiego) został Dr. Kopeć, przedtem lekarz cyrkułu 8-go, lekarzem cyrkułu 8-go został Dr. Sawczenko. lekarzem 3-go cyrkułu, w którym był Dr. Puszkin (obecnie lekarz Komitetu policyjno-lekarskiego), został Dr. Tchórznicki, lekarzem zaś 6-go cyrkułu na miejsce Dra Tchórznickiego były lekarz wojskowy, Dr. Kossowski.

— Dr. Władysław Ratułt, Piotrkowianin, były szef kliniki okulistycznej prof. Gałęzowskiego w Paryżu, jest już w Persyi i stanie wkrótce w Teheranie, miejscu nowego swego zamieszkania. Dr. R. pojechał tam jako okulista, polecony wprost Szachowi przez prof. Gałęzowskiego i zachowując prawo wolnej praktyki pobierać będzie pensyi rocznej 25.000 franków.

— W dniu 20. z. m. odsłonięto w Nowym Jorku pomnik słynnego ginekologa, Mariona Simsa, urodzonego w roku 1813. a zmarłego w r. 1883. Pomnik spiżowy na podstawie z granitu ofiarowali miastu przyjaciele, pacyentki i czciciele zmarłego mistrza.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej jest obecnie 2011 doktorek medycyny, z których poświęciło się 121 homeopatyi, 70 chirurgii, 610 ginekologii, 70 psychiatryi, 65 ortopedyi, 40 okulistyce, 30 elektroterapii, 14 otyatryi, 95 jest docentkami w szkołach dla akuszerek, kolegiach lekarskich i uniwersytetach a reszta zajmuje się ogólnie praktyką lekarską.

— Statystyka konsumcyi rocznej wina na głowę w główniejszych miastach francuskich wykazuje, że konsumują w Nicei 243 (najwięcej) litrów, w Bordeaux 207, w Lugdunie 185, w Paryżu 193 a w Roubaix tylko 19 (najmniej) litrów.

— **Konkurs.** Na posadę lekarza okręgowego w Podkamieniu w powiecie rohatyńskim we wschodniej Galicyi. Pensya roczna 500 złr. i 200 złr. ryczałtu na podróże. Termin podania się do 30. Listopada 1894 r. do wydziału powiatowego w Rohatynie.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Dzwińsku (Dynaburgu) Dr. **Ignacy Wojszwiłło**, b. lekarz wojskowy w Orenburgu i Uralsku, b. prezes Towarzystwa lekarzy dźwińskich, naznaczony na naczelnego lekarza w Chabarówce nad Amurem. — W Jałcie w Krymie Dr. **Stolnikow**, profesor warszawskiej kliniki terapeutycznej szpitalnej. — We Włodzimierzu na Wołyniu Dr. **Ignacy Molski**. — W Miłosławiu Dr. **Tytus Skoraczewski**. — W Nowym Sączu w dniu 13. b. m. Dr. **Karol Slavik**, burmistrz tamtejszy, przeżywszy lat 63.

Redakcya otrzymała:

G. Apostoli: Travaux d' Électrothérapie gynécologique. Paris 1894. Volume I. Fascicules I. et II.

L. Guranowski: Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. Kilka uwag o sprawach gruźliczych ucha w ogóle. (Odbitka z *Medycyny*).

H. Kowalski: Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki? (Odbitka z *Medycyny*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21. Listopada b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. Tyszkiewicz opowie: o kilku rzadszych przypadkach z praktyki osobistej; 2) kol. Nowak mówić będzie: *O formalinie;* 3) kol. Haim: *O wartości higienicznej wody studziennej oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza* (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

WODY MINERALNE SZTUCZNE

tańsze o 50—70% od rodzimych

i specyalne lecznicze

wyrabiane w Konc. Zakładzie fabrycznym

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO
W KRAKOWIE.

Woda Selterska we flaszkach zawierających 2½ szklanki. Flaszka 16 ct., Syfon 10 ct.

Woda Vichy odpowiadająca składem zdrojom Grande-Grille i Celestins, we flaszkach dużych po 5 szklanek i małych po 2½ szklanki. Duża flaszka 40 ct. mała 25 ct.

Woda Bilinska we flaszkach, zawierających 4 szklanki. Flaszka 15 ct.

Woda Litowa przesycona kwasem węglowym, we flaszkach po 2 szklanki. Jedna szklanka zawiera między składnikami 0·20 soli litowych. Flaszka 15 ct.

Woda Jodowa gazowa, we flasz. po 2½ szklanki. Szklanka odpowiada 0·4 jodku potasowego.

Woda sodowa hygieniczna składu wskazanego przez Tow. Lekars. i polecona przez tę instytucyę nauk. Syfon 8 ct., flaszka 10 ct.

Szczawa na wzór znanej powszechnie Gieshüblerskiej, we flaszkach zawierających 3 szklan. Flasz. 10 ct.

Woda lecznicza kwaśna mocniejsza i słabsza składu wskazanego przez Tow. lekars., zawiera między składnikami kwas solny, dodany w celach leczniczych. W szklance tej wody znajduje się 0·15 i 0·3 acidum hydrochloricum dilutum oficinale.

Woda Żelazista, mocniejsza i słabsza we flaszkach po 2 szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 0.133 a słabszej 0.066 Pyrophosphas [illegible] et natrii Flaszka mocn. 25 ct., słabszej 22 ct.

Woda gazowa bromowa, mocniejsza i słabsza, we flaszkach po 2½ i 3½ szklanki. Szklanka mocniejszej zawiera 3·12, a słabszej 1·56 bromków. Flaszka mocniejszej 32 i 28 ct., słabszej 24 i 20. ct.

Woda sodowa zwyczajna przez Tow. Lekarskie **za najlepszą w Krakowie uznana.**

121—x—13

Nadto Zakład wyrabia:

Limonadę gazową magnezyową, tudzież **Limonady gazowe owocowe** jako napój orzeźwiający.

Andrzej Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera Woda Gorzka

Uznana. — [illegible] —

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János

według orzeczenia powag lekarskich:

szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 1—49—41

»Saxlehnera wody gorzkiej«.

FABRYKA

opatrunków chirurgicznych, przetworów farmaceutycznych i droguerya hurtowna

M. L. DOBROWOLSKIEGO

magistra farmacyi,

przeniesiona z powodu znacznego powiększenia do

PODGÓRZA
148—12—6

przy ulicy Kalwaryjskiej Nr. 16.

Zaopatrzona w maszynę parową o sile 12 koni, w cztery kremple do dziennej produkcyi 120 kilogr. waty i w inne przyrządy farmaceutyczne, wyrabia wszystkie opatrunki i przetwory farmaceutyczne dla szpitali i aptek.

Salzbrunner-Oberbrunnen

od r. 1601. znane lekarzom i polecane w chorobach:

krtani i gardła, oskrzeli, w nieżytach żołądka i kiszek, w chorobach wątroby, w cierpieniach nerek i pęcherza, podagrze i cukrzycy.

Można nabywać we wszystkich handlach wód mineralnych i aptekach. Broszury gratis tamże, jakoteż u 35—10—9

FURBACH i STRIEBOLL. Rozsyłka książęcych wód mineralnych, Salzbrunn na Szląsku.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 24. Listopada 1894 r. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. WYKŁAD WSTĘPNY

Prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego

przy objęciu katedry anatomii opisowej we Wydziale lekarskim Uniw. Jagiellońskiego w d. 20. Października 1894.

(Według stenogramu).

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

II.

W tym pobieżnym szkicu chciałem Panom przedstawić dążności, jakie w ciągu lat zapanowały w badaniach anatomicznych. Oczywistą jest rzeczą, że gdyby chodziło o wykład anatomii w uniwersytecie bez żadnych ubocznych względów, musianoby koniecznie uwzględniać wszelkie zdobycze badań i wykładać anatomią ściśle naukowo a więc i w świetle najnowszych badań morfologicznych. Jeżeli zaś w ogóle roztrząsamy kwestyę metody we wykładach anatomii, to tylko ze względu na to, że wykład anatomii przeznaczony jest dla przyszłych lekarzy i że morfologiczny kierunek spotyka się właśnie z zarzutami, że jest zanadto teoretyczny, że za mało uwzględnia praktyczne potrzeby lekarzy.

Zarzut ten pochodzi przedewszystkiem z pewnego nieporozumienia, które należy usunąć i wyjaśnić, a mianowicie, chciałbym zwrócić uwagę na to, że zarówno jak historycznie zakreślić nie możemy ścisłych granic między kierunkiem opisowym, następnie fizyologicznym a wreszcie morfologicznym, tak samo i dzisiaj idąc za jednym kierunkiem, nie potrzebujemy a nawet nie możemy ignorować lub lekceważyć wyników innych kierunków. Kierunek morfologiczny nie wyklucza bynajmniej zdobytych przez anatomię opisowo-topograficzną lub przez fizyologię doświadczeń; przeciwnie morfologia uwzględnia wszystkie te wyniki i czerpie z nich również sposoby wytłómaczenia kształtów organizmu. Ale i opisowa i fizyologiczna anatomia poza pewne granice iść nie może i tam właśnie zaczyna się pole morfologicznego kierunku, który z anatomii porównawczej i z embryologii wysnuwa ogólniejsze prawa budowy organizmów i prawa te odnajduje także u człowieka. Tutaj rzuca morfologia światło na całe działy anatomii, które anatomia opisowa i fizyologia nadaremnie kusiłyby się wytłómaczyć.

Nie mówię już o tworach wadliwych, które tylko ze zboczeń w zawiłych przejściach embryologicznych wytłómaczyć się dadzą, ale i w prawidłowym organizmie ludzkim spotykamy cały szereg organów, do zrozumienia których nie wystarcza najwierniejszy i najściślejszy opis i wobec których doświadczenie fizyologiczne odmawia nam posłuszeństwa, mianowicie szereg t. zw. organów szczątkowych, organów, które wcale nie funkcyonują, które nie mają dla organizmu żadnego znaczenia a mimo to zachowują się z dziwną stałością. Dopiero anatomia porównawcza uczy nas, że mamy tu do czynienia z organami, które u niższych kręgowców istniały jako czynne, funkcyonujące części, następnie jednakowoż funkcyę swą zatraciły i skutkiem tego do pewnego stopnia zanikły. Tak n. p. dopiero morfologia wytłómaczyła nam istnienie szyszki mózgowej *(epiphysis cerebri)* wykazując, że mamy tu do czynienia z tworem bardzo dziwnym, który u gadów zaczął się wytwarzać jako trzecie nieparzyste oko a nawet budową swą prawidłowe ich oko bardzo przypomina i pewną, choć może bardzo ograniczoną funkcyę posiada, ale ją u wyższych kręgowców i u człowieka zatracił, skutkiem czego zanikł i dziś nawet budową pierwotnego swego stanu nie przypomina.

Dopiero przez wprowadzenie embryologii i anatomii porównawczej do anatomii ludzkiej zdołano w ogóle zrozumieć niektóre bardziej zawiłe jej części; tak n. p. przebieg błony otrzewnej *(peritoneum, bursa omentalis, omentum majus, foramen Winslowii, ligg. coronarium, suspensorium et teres hepatis* i t. d.), tak n. p. całą sprawę, którą nazywamy zstąpieniem jąder *(descensus testiculorum)*. Również wszelkie różnice między kręgami szyjnemi, piersiowemi, lędźwiowemi

i kręgami kości pacierzowej będą dla nas niezmiernie zrozumiałe i łatwo je spamiętamy, skoro uwzględnimy fakt przez anatomię porównawczą i embryologię stwierdzony, że i w części szyjnej, lędźwiowej i krzyżowej mamy także pierwotnie żebra, ale żebra szczątkowe, które z kręgami się zrastają. Również zrozumiemy dopiero na tej podstawie, dlaczego mamy u drugiego kręgu szyjnego długi wyrostek, *dens epistrophei* a natomiast u pierwszego wcale właściwego trzonu kręgowego, *corpus vertebrae*, nie spotykamy. A już w niektórych działach bez embryologicznej podstawy zupełnie obejść się nie możemy i jeżeli mi n. p. ktoś powie, że rozumie istotnie budowę mózgu bez uwzględnienia jego rozwoju, to otwarcie powiem, że mu nie wierzę.

A nawet anatomia topograficzna, której zwykle jako antytezę przeciwstawiają kierunek morfologiczny, znajdzie w morfologii wyjaśnienie niejednej zagadki.

Jakże n. p. inaczej, niż w porównawczo-embryologiczny sposób (z historyi rozwoju przepony) wytłómaczyć sobie przebieg nerwów przeponowych *(nn. phrenici)*, które muszą ze splotu szyjnego przebiegać przez całą klatkę piersiową, nim dojdą do swego miejsca przeznaczenia? W jakiż inny sposób wytłómaczyć sobie przebieg nerwów błędnych wzdłuż przełyku w niesymetrycznem położeniu? Zamiast przebiegać regularnie po obu stronach, przebiega lewy z nich przed, prawy zaś do tyłu poza przełykiem a wszystko to wywołane jest skręceniem żołądka podczas rozwoju embryonalnego. Albo i przebieg dolnego nerwu krtaniowego *(n. laryngeus inferior, recurrens)*, który przebiega w nerwie błędnym do klatki piersiowej, tam dopiero od niego się odczepia i tworząc pętlę pod łukiem tętnicy głównej z lewej, pod tętnicą podobojczykową z prawej strony wraca ku górze i zdąża aż do krtani.

Takich przykładów możnaby mnóstwo przytoczyć z samej anatomii człowieka dorosłego. Lecz zapytam się: gdzie się zaczyna człowiek dla anatomii, czy dopiero wówczas, gdy jest dorosłym? W anatomii dziecka a mianowicie w anatomii noworodka, która i dla praktycznego lekarza jest niezmiernie ważna, znajdujemy cały szereg tworów, których u człowieka dorosłego albo zupełnie nie, albo też w innej formie spotykamy a wytłómaczenie ich znajdziemy znów tylko w embryologii. Wspomnę przedewszystkiem cały szkielet dziecka, który w porównaniu ze szkieletem dorosłego człowieka jest jeszcze bardzo niekompletny i cały szereg różnic wykazuje, które tłómaczą się stopniowym jego rozwojem. Następnie wspomnę o *foramen ovale* w przegrodzie między przedsionkami serca, o *ductus Botalli* łączącym tętnicę główną z tętnicą płucną; zamiast *lig. teres* dorosłego człowieka mamy żyłę (*vena umbilicalis*), zamiast *ligg. vesico-umbilicalia lateralia* mamy tętnice (*artt. umbilicales*), zamiast ślepo kończącego się *processus vaginalis peritonei* mamy przewód łączący jamę otrzewny z jamą otaczającą jądro. Z tego połączenia wynika łatwość przepuklin u noworodków *(herniae congenitae)* i odmienne ich cechy anatomiczne w porównaniu z przepuklinami powstającemi w późniejszym wieku *(herniae acquisitae)*. Czyż nie jest to pierwszorzędnego znaczenia dla praktycznej chirurgii?

To też korzystny wpływ embryologii na wytłómaczenie różnych nie tylko zawilszych, ale i wielu zagadkowych kwestyj anatomicznych tak się uwydatnił, że dziś prawie już ogólnie przyznają embryologii prawo oddziaływania na anatomię. Ale opozycya dotyczy przeważnie rozszerzenia tego prawa także i na anatomię porównawczą i embryologię porównawczą. Tu jednak oświadczyć trzeba, że historya rozwoju samego człowieka (ontogeneza) nie wystarczałaby do wyjaśnienia a mianowicie dlatego, że w ciągu rozwoju embryonalnego napotykamy znów i to w wyższym jeszcze stopniu, aniżeli w organizmie wykształconym na każdym kroku cały szereg zagadnień, które dopiero wyjaśniają embryologia porównawcza i anatomia porównawcza (a więc filogeneza). Tak n. p. zanim spotykamy u człowieka inne pierwiastki szkieletu, mamy tylko podłużnie przez ciało jego przebiegającą strunę grzbietową (*chorda dorsalis*). A przecież takiej struny grzbietowej u dorosłego człowieka już nie znajdujemy, nie znajdujemy jej nawet u najbliższych typów zwierząt, dopiero u najniższych ryb i u *amphioxus lanceolatus*. Dalej w ciągu rozwoju powstają na szyi ludzkiego zarodka szczeliny skrzelowe i leżące pomiędzy niemi łuki, które znajdujemy u zwierząt dorosłych dopiero wśród najniższych kręgowców, t. j. u ryb i niektórych płazów. U nich szczeliny i łuki skrzelowe są narządem oddechowym; u wyższych kręgowców czynność oddychania przechodzi na płuca a mimo to narządy skrzelowe występują w stanie embryonalnym a i potem nie zupełnie zanikają, ale nagromadzony materyał, który dla narządu oddechowego już jest zbyteczny, spożytkowany bywa w innym celu i z łuków skrzelowych wytwarzają się części szyi i twarzy. Dla wytłómaczenia tego objawu, przypomnieć sobie musimy prawo, na które więcej przykładów przytoczyćby można, że natura wierniej i konsekwentniej pracuje w kierunku morfologicznym, niż we fizyologicznym.

Ale jeszcze i tam, gdzie bezpośredniego praktycznego celu, wypływającego z objaśnień morfologicznych nie widzimy, posłużą nam one do łatwiejszego zrozumienia i tem samem spamiętania opisów anatomicznych. A zresztą i z tego względu zaniechać nam ich nie wolno, że nieraz naprzód przewidzieć nie możemy, jakie praktyczne skutki wywoła odkrycie na pozór czysto teoretyczne. Na potwierdzenie tego zdania przypomnijmy sobie, że pierwotnie czysto teoretyczne odkrycie komórki stało się potem podwaliną całej anatomii patologicznej a tem samem i praktycznej medycyny. I dzisiaj jeszcze „wszystkie główne zagadnienia naukowe medycyny spotykają się w badaniach nad objawami życia komórki zwierzęcej i roślinnej“ (Virchow). Cała bakteryologia tak niezmiernej dzisiaj nabierająca doniosłości jest tylko wynikiem czysto teoretycznych badań nad komórką.

Wykłady anatomii przeznaczone są dla słuchaczy medycyny przy samym wstępie do uniwersytetu i dlatego słyszymy nieraz przestrogi, aby umysłów ich zaraz w pierwszem półroczu nie obarczać i nie przeciążać naukowemi teoryami; — z tego także ukuto broń przeciwko naukowemu traktowaniu anatomii. Tutaj jednak muszę zwrócić uwagę na to, że nie jest to, mojem zdaniem, bynajmniej obarczanie umysłu, jeżeli każemy komuś zastanowić się nad tem i zrozumieć to, czegoby inaczej na pamięć uczyć się musiał; przeciwnie jest to, zdaje mi się, ułatwienie i uprzystępnienie a za prawdziwe obarczanie, mianowicie dla zdolniejszych, myślących umysłów, uważam pamięciowe przyswajanie sobie szeregu faktów nie powiązanych i niezrozumiałych. Właśnie dlatego, że przyszli lekarze słuchają anatomii zaraz w pierwszem półroczu i że sposób wykładu anatomii może mieć największy wpływ na umysły słuchaczy, powinniśmy zaraz na wstępie

nauk uniwersyteckich nauczyć ich myśleć i zastanawiać się nad tem, czego się uczą i ochronić ich od uczenia się na pamięć. I właśnie morfologiczny kierunek, który dopiero nadaje anatomii cechę naukową, będzie służył do kształcenia zdolności myślenia, do wyrabiania zmysłu krytycznego.

Tylko naukowe traktowanie przedmiotu, uwzględniające wyniki badań najnowszych, może rozbudzić zamiłowanie do niego, zainteresowanie się jego zdobyczami, pobudzić myśl w samodzielniejszym kierunku, przygotować i zachęcić słuchaczy do tego, aby się starali także sami wejść na niwę naukową i dorzucić choć mały przyczynek do postępu nauki. Na samodzielnej pracy polega cały postęp nauki i dlatego zaszczepiwszy w słuchaczach zamiłowanie jej, nawołując ich: „Szukajcie nowych, nieodkrytych dróg“ utrwalamy jej podwaliny i zapewniamy jej przyszłość, bo anatomia ludzka ze stanowiska morfologicznego nie jest, jak niektórzy mniemają, nauką skończoną, ale mamy w niej jeszcze cały szereg kwestyj nierozwiązanych i wśród postępu badań wyłaniają się wciąż nowe zagadnienia. I do anatomii ludzkiej stósuje się to, co do innych nauk, że jest niedościgniona w swych ostatecznych celach i niewyczerpana w swych zagadnieniach. Nie wolno nam pocieszać się myślą, że nie zrobimy czegoś my, to zrobią inni i że nauka i tak swoim torem pójdzie. Właśnie chodzi o to, abyśmy równym krokiem z innymi naprzód dążyli, bo w nauce każdy zastój jest cofaniem się wstecz.

Nauczywszy się myśląco uczyć i pojmować nauki biologiczne zaraz od samego początku łatwiej będziecie Panowie mogli i w innych działach nauki lekarskiej ze zrozumieniem pracować i łatwiej Panowie dojdziecie do tego, czego od Panów żądają, to jest, abyście byli myślącymi lekarzami. Tyle się o tem mówi, że lekarze powinni być koniecznie przyrodnikami, że cały postęp medycyny datuje się dopiero od czasu, kiedy lekarze nauczyli się nie tylko stósować wyniki nauk przyrodniczych do nauk lekarskich, ale i myśleć po przyrodniczemu, od czasu więc, jak duch przyrodniczy zapanował w medycynie; otóż z tego stanowiska nie może i cały dział morfologii być dla Panów obcym i niezrozumiałym.

Zresztą anatomii porównawczej i embryologii słuchacie Panowie osobno i tam słyszycie Panowie nieraz o znaczeniu, jakie te działy mają dla anatomii ludzkiej; ale zazwyczaj istotne zastósowanie i wysnucie tych praktycznych wniosków i konsekwencyj pozostawia się domyślności Panów. Otóż wobec niedość jeszcze w naukową metodę wdrożonego umysłu nazwałbym to właśnie żądaniem za śmiałem i zadaniem zbyt trudnem; czyż nie lepiej, że w samym wykładzie anatomii ludzkiej zrobi się to zestawienie i że te zdobycze z anatomii porównawczej i embryologii, które służą do lepszego zrozumienia i do rozświetlenia pojęć anatomicznych, rzeczywiście wprowadzimy do anatomii?

Ale i czysto teoretyczne kwestye, które znajdują oddźwięk w anatomii, dla lekarza-przyrodnika nie powinny być obojętne. Tak n. p. kwestya powstawania organizmów, kwestya powstania pierwszych tworów żyjących a więc życia w ogóle, kwestya dziedziczności, teorya wspólnego pochodzenia, teorya naturalnego doboru itp. to wszystko zagadnienia, obchodzące każdego inteligentnego i myślącego człowieka, lekarz zatem nie ma prawa od nich się uchylać, przeciwnie ma obowiązek zapoznać się z niemi bliżej.

I nawet jeśli nauczymy słuchaczy medycyny spoglądać szerzej na świat naukowy, uczestniczyć w dążeniu do poznania prawdy a nie wybierać tylko tego, co natychmiastową i bezpośrednią przynosi korzyść, będzie to niemałym dla nich pożytkiem.

W przyszłości przy łożu chorego zwątpicie Panowie nieraz o chorym, o swej wiedzy, zwątpicie Panowie o sztuce lekarskiej w ogóle; otóż na takie chwile wewnętrznego zwątpienia dobrze może jest unieść ze sobą z uniwersytetu zamiłowanie do zagadnień naukowych, upodobanie w dociekaniu niezmiennych praw przyrody, których zgłębianie daje człowiekowi prawdziwe wewnętrzne zadowolenie, bo go zbliża ku tej wielkiej drodze, po której nauka dąży do poznania prawdy. To zamiłowanie teoretycznych dążności będzie dla Panów nieraz osłodą, otuchą i niemałą pociechą w trudnym zawodzie, do jakiego się Panowie sposobicie.

Zdaniem mojem więc: nie p o m i m o to, iż anatomia przeznaczona jest głównie dla praktycznych lekarzy, a l e w ł a ś n i e z e w z g l ę d u n a n i c h musi wykładający anatomię ludzką żądać tego samego przywileju, z którego korzystają wszystkie inne nauki uniwersyteckie, to jest, aby mu było wolno uwzględniać wszystkie nowe wyniki badań, uwzględniać cały nowszy postęp nauki. Nie uroniwszy nic z wyników badań anatomii opisowo-topograficznej i fizyologicznej musi żądać prawa wprowadzenia w życie kierunku morfologicznego i postawienia w ten sposób wykładów na wysokości współczesnej nauki.

Kierunkowi bardziej teoretycznemu możemy zaś tem śmielej dozwolić wpływu na wykłady anatomii ludzkiej, że posiadamy cały szereg urządzeń z tymi wykładami związanych a mających cel wyłącznie praktyczny.

Takiemi środkami do ściśle praktycznego zapoznania się z budową ciała ludzkiego będą dla nas kursa topograficzno-anatomiczne, które, mam nadzieję, będę mógł od przyszłego roku dla Panów otworzyć, — przedewszystkiem zaś ćwiczenia w sekcyach anatomicznych. Tutaj będę się starał wszelkiemi sposobami o to, abyście się Panowie nauczyli sami dokładnie wszystko badać i obserwować i będę pilnował tego, abyście się Panowie istotnie sumiennie zapoznali ze szczegółami potrzebnemi w przyszłej lekarskiej praktyce. Być nawet może, że z tego powodu niektórzy zrobią mi zarzut, jakobym traktował ćwiczenia praktyczne nieco po szkolnemu; lecz zdaniem mojem, prosektoryum musi w praktycznym kierunku równoważyć bardziej teoretyczny wykład a więc musi uzupełniać to, co w teoretycznym wykładzie nie będzie uwzględnione lub też pobieżniej traktowane.

A teraz, gdy w pamięci przebiegnę raz jeszcze poprzednie uwagi, przychodzi mi mimo woli na myśl, że niejednokrotnie już walczono i piórem i słowem za szerszem uwzględnieniem kierunku morfologicznego w wykładach anatomii.

A jednak, gdy się rozejrzymy po zagranicznych uniwersytetach, rzadko gdzie znajdziemy dążenie to istotnie urzeczywistnione.

Powody tego objawu mogą być bardzo różne. Zapewniam Panów, że o ile one mnie dotyczyć mogą, będę się starał je usunąć; ale niechaj mi wolno będzie zwrócić uwagę jeszcze na jeden bardzo ważny powód. A mianowicie słucha-

cze sami zazwyczaj z pewnem uprzedzeniem przyjmują nowy kierunek wykładów i ich bierny, może bezwiedny opór jest do pewnego stopnia przeszkodą na nowej drodze. Bo młodzież uniwersytecka, której zwykle zarzucają zbyt postępowe dążności, jest pod tym względem niesłychanie, poprostu zastraszająco konserwatywna i uważa to niejako za naruszenie swych praw i przywilejów, jeżeli przedmiot wykładany przez dziesiątki lat w jednym kierunku ma być nagle wykładany w sposób nieco odmienny.

Zdaje mi się jednakowoż, że po pewnym czasie zdołam przekonać Panów o korzyściach tej reformy i że wówczas Panowie sami w tym kierunku dążyć będziecie tak, iż mój program, mam nadzieję, nie pozostanie tylko programem. A więc liczę na współudział Panów. Proszę, nie zawiedźcie mnie Panowie!

II. W sprawie płodności kobiet z włókniakami macicy.

Odpowiedź

Dra Aleksandra Rosnera

na uwagi

Dra Józefa Kadyiego.

Uwagi Szan. kolegi Dra Józefa Kadyiego skierowane przeciwko mojemu prawie wyłącznie statystycznemu artykułowi: *O płodności kobiet mających włókniaki* dowodzą, że nawet cyfry nie dają w medycynie pewności i mogą być w dwojaki sposób tłómaczone. Naturalnie, ażeby dojść do rozmaitych wyników, wychodząc z jednej statystyki, trzeba iść dwiema drogami rozumowania. Dwiema drogami szliśmy też niewątpliwie kol. Dr. Kadyi i ja. Zastanowienie się nad tem, która z nich lepsza i pewniejsza i do prawdziwego celu wiedzie, jest celem mojej dzisiejszej odpowiedzi.

Zebrawszy 193 przypadków włókniaków, wykazałem, że 180 z nich, t. j. 93·3% było u kobiet zamężnych, względnie takich niezamężnych, które rodziły a tylko 13, to jest 6·7% u panien i oświadczyłem, że „cyfry te przemawiają wyraźnie przeciw hipotezie Cohnheima“, jakoby włókniaki występowały ze szczególnem upodobaniem u starych panien *(mit besonderer Vorliebe gerade bei alten Jungfern).*

Kol. Kadyi czyni mi już tu zarzut twierdząc, że taka statystyka nie dowodzi niczego i że „trzebaby koniecznie stwierdzić, że n. p. u tysiąca kobiet znajdziemy więcej włókniaków macicy aniżeli u tysiąca starych panien“ i bez żadnych zastrzeżeń, ale i bez żadnych dowodów dodaje: „A tak z pewnością nie jest“. Otóż nie myślę wcale oponować przeciw temu, że taka statystyka byłaby najlepsza i najpewniejsza; ma ona tylko jednę wadę, że jest niewykonalna. Ba! gdyby wszystkie bez wyjątku panny i kobiety można było zbadać za życia lub choćby sekcyonować po śmierci, to rzecz byłaby już dawno wyjaśniona i nie byłoby owego, tyle lat ciągnącego się sporu, w którym po jednej stronie są Cohnheim i jego poplecznicy, jak Schuhmacher (z kliniki bazylejskiej), po drugiej Winckel, Schröder, Hofmeier i wiele innych powag klinicznych. Jednak pogódźmy się z tą okolicznością, że takiej statystyki nie ma i starajmy się stworzyć inną, nie tak idealnie dobrą, ale przynajmniej wykonalną. Tą drogą poszła przeważna ilość kliników i z materyałów klinicznych powstały statystyki Winckla, Schrödera, Hofmeiera, Meyera, Gusserowa, Michelsa a w końcu z kliniki krakowskiej moja nie największa, ale o tyle ciekawa, że okazuje najjaskrawsze różnice w cyfrach. Wszystkie te statystyki potępia kol. Dr. Kadyi, ale mimo to opiera się na nich i dochodzi do rezultatów przemawiających za teoryą Cohnheima. To już nie polemika między kol. Dr. Kadyiem a mną, tylko między nim a wszystkimi tymi, którzy szli tą drogą rozumowania. Nie chcę się tu zasłaniać powagami, ale przecież muszę nadmienić, że Schröder [1]), opierając się na tych samych, ba nawet mniej dobitnych cyfrach, mówi „nie niepłodność prowadzi do powstawania włókniaków, ale włókniaki sprowadzają często niepłodność“ *(nicht die Sterilität führt zur Bildung von Myomen, sondern die Myome haben häufig Sterilität in Gefolge)* a Hofmeier [2]) w ostatnich czasach, zastanawiając się nad tem, pisze: „mojem zdaniem, nie można w ogóle wykazać żadnego związku przyczynowego między temi funkcyami części rodnych kobiecych (spółkowanie i płodzenie) a włókniakami“.

Jakież inne statystyki mogłyby na naszą kwestyę rzucić pożądane światło? Zapewne możnaby, zapożyczywszy cyfr ze statystyk państwowych powiedzieć: w tem a tem państwie, kraju lub mieście jest tyle a tyle kobiet zamężnych i matek, n. p. między 35. a 40. rokiem życia a tyle panien w tymże samym wieku; z takiem zestawieniem możnaby porównać statystykę lekarską tegoż państwa, kraju lub miasta wykazującą, ile panien a ile mężatek **zgłosiło się** z włókniakami macicy. Może w ten sposób zbliżylibyśmy się więcej do prawdy. Ale i taka statystyka nie zadowolniłaby nas w zupełności, bo znowu nie wiedzielibyśmy, ile panien w tym państwie, kraju lub mieście nie zaspakaja popędu płciowego. A takie zestawienie rzeczywiście istnieje, autorem jego jest Routh [3]); wykazuje ono, że liczba zamężnych (między 35. a 40. rokiem życia) jest 3·7 razy większa od liczby w tym samym wieku będących niezamężnych a włókniaki występują 4·4 razy częściej u zamężnych, niż u niezamężnych. Przypuściwszy nawet, że pewna ilość panien nie zgłosiła się wcale do lekarza, musimy i tę statystykę uważać za sprzeciwiającą się hipotezie Cohnheimowskiej.

W końcu pozostają i inne sposoby cyfrowych rozumowań. Można n. p. obliczyć ilość procentową włókniaków u wszystkich zgłaszających się do ginekologa **zamężnych** kobiet a z drugiej strony tę samą cyfrę odsetkową odnoszącą się do **panien**. Takie zestawienie Simsa wykazało, że na 100 zgłaszających się panien miało aż 25 włókniaki, gdy u zamężnych cyfra ta jest nieporównanie mniejsza. Ale czyż to kogo zadziwić może? Z czemże więc mają się zgłaszać panny (w ścisłem tego słowa znaczeniu) do ginekologa? *metritis et endometritis*, *retroversio et retroflexio*, *descensus et prolapsus uteri*, *inversio vaginae*, *gonorrhoea* z całą swoją rozliczną lokalizacyą, *carcinoma cervicis*, *sterilitas*, *fistula urinario-genitalis*, *ruptura perinaei*, *laceratio cervicis*, te cierpienia stanowiące, co najmniej $^{8}/_{10}$ chorób leczonych przez ginekologa, są albo wyłącznie albo prawie wyłącznie cierpieniami kobiet zamężnych. Cóż pozostaje dla panien! *fibromyomata uteri*, *neoplasmata ovariorum*, *stenosis colli*, *anteflexio*, *haematokolpos* a poza tem *rarae aves*.

Ale pozostawmy te kwestye statystyczne na uboczu i przejdźmy pokrótce do innych zarzutów.

---

[1]) Handbuch d. Krank. d. weibl. Geschl. 1886. s. 219.
[2]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XXX. 1894. s. 212.
[3]) Routh, Gusserow: Neubildungen des Uterus s. 40.

Kol. Kadyi mówi: „gdy tymczasem panna długo się waha i w skutek tego wahania stanowi często materyał sekcyjny“. Na to odpowiedzieć muszę, że tylko te osoby stanowią materyał sekcyjny, które się niezbyt długo wahają i do szpitala lub kliniki zgłaszają. Poza szpitalem i klinikami tylko więzienia, sąd i policya dostarczają materyału sekcyjnego. Wyzyskanie tego materyału rozumiałbym w zupełnie inny sposób. Anatom patologiczny może łatwiej rozpoznać zmiany i wykazać włókniaki tam, gdzie ich lekarz nie wyśledził i o tyle materyał sekcyjny niewątpliwie jest cenniejszy od klinicznego.

W dalszym ciągu swego polemicznego artykułu zwraca się kol. Kadyi przeciw moim cyfrom dowodzącym, że płodność u kobiet, mających włókniaki podśluzowe jest większa niż u tych, które mają inne włókniaki a nawet, niż u kobiet zdrowych.

Że jest większa u kobiet z włókniakami podśluzowymi, niż u innych z innymi włókniakami, nie przeczy i przeczyć nie może. Tu 2·8 porodów na jedną, tam 5·4.

Dlaczego tak jest, starałem się znowu wyjaśnić cyframi i doszedłem do przekonania, które wyraziłem w słowach: „one miały dlatego więcej dzieci od innych, bo miały na zastępowanie i rodzenie więcej czasu; one były dłużej zdrowe od innych“.

Co się tyczy spostrzeżenia, że kobiety z włókniakami podśluzowymi miały więcej dzieci, niż kobiety zdrowe, to wiem, że mógłby mnie spotkać poważny zarzut, którego właśnie kol. Kadyi mi nie czyni, to jest, że porównywam płodność naszych kobiet chorych z płodnością zdrowych Niemek z cesarstwa niemieckiego. Uczyniłem to, ponieważ nie sądzę, żeby ztąd powstać mogła jakaś większa pomyłka. Mimo to byłem na tyle ostrożny, że nie wysnuwałem ztąd żadnych, daleko idących wniosków. Powiedziałem wyraźnie, że cyfy moje są zamałe i zamało jaskrawe, żeby mogły na kwestyę tę rzucić pożądane światło; z tem słabem światłem bałem sie poprostu wejść „w ciemne dziedziny etyologii włókniaków i nowotworów w ogólności“. Daleko śmielej czyni to kol. Kadyi, jednak muszę otwarcie powiedzieć, że bynajmniej sprawy nie rozjaśnia. I nie dziw, mamy tu bowiem do czynienia z rzeczą nader zawiłą, wobec której czysto teoretyczne rozumowanie, nie poparte cyframi lub innymi dowodami, nie może nas daleko doprowadzić. Ale nie chcę znowu przeczyć temu, że czysto teoretyczne kombinowanie musimy nieraz stósować w przypadkach, w których nie mamy pewnych podstaw. Wtedy jednak śmiało można żądać, żeby przynajmniej premisy, z których się wychodzi, były na pewne stwierdzone. A tego nie mogę powiedzieć o premisach kol. Kadyiego. Jedna z nich brzmi: „ciąży, jako sprawy fizyologicznej nie można uważać za bodziec drażniący w znaczeniu patologicznem“. Zdanie to nie wydaje mi się słusznem. Pomijając już nudności i wymioty u ciężarnych, które przecież są czemś patologicznem, wywołanem przez coś fizyologicznego, chcę tylko przypomnieć szybki wzrost raków i włókniaków podczas ciąży a co najważniejsza, niewątpliwą cyframi wykazaną skłonność kobiet, które dużo rodziły, do rozwoju raka szyi macicy. Nie chcę już wspominać o osteomalacyi, pogarszającej się wyraźnie w każdej ciąży i o żółtaczce nieżytowej, która w ciąży i pod jej wpływem przebiega tak fatalnie!

Druga premisa polega na tem, że Szan. autor twierdzi, że zarodek embryonalny, spoczywający niedaleko błony śluzowej a więc podśluzowy „zużywa całą swoją energię podczas ciąży“ w przeciwieństwie do zarodków podsurowiczych. Wynikałoby z tego, że w warstwie mięsnej podśluzowej odbywa się żywsza przemiana materyi, niż w podsurowiczej, na co wcale nie ma dowodu. Jakżeżby wtedy można było wytłómaczyć rozwój późny włókniaków podśluzowych szyi, której błona śluzowa ani w dziesiątej części nie odgrywa w ciąży tej roli, co błona śluzowa trzonu?

Że opierając się na tych mylnych premisach, dochodzi Szan. kol. Kadyi do błędnych konkluzyi, łatwo pojąć. Ta konkluzya brzmi: „że póki ciąża się często powtarza, nie znajduje (zarodek) pobudki do samoistnego wybujania w formie włókniaka, aż dopiero w menopauzie“. To właśnie nie jest prawdą, gdyż włókniaki nigdy, lub prawie nigdy nie rozwijają się w menopauzie a Gusserow [1]) pisze, że nie znany jest dotąd przypadek, w którymby włókniak powstał lub znacznie urósł po menopauzie.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Zestawmy główniejsze zarzuty, które naszem zdaniem wystarczają do wykazania niedostateczności powyższych dowodów faktycznych, przemawiających rzekomo na korzyść łożyskowego zarażenia się matki kiłą od płodu:

1) w wielu przypadkach objawy chorobowe dostrzegane u matek nie były dość charakterystyczne, iżby wypadało uznawać je za niewątpliwe oznaki kiły, n. p. w przypadkach Hutchinsona najczęściej wzmiankuje się o wychudnięciu, niedokrewności, wypadaniu włosów i t. p. objawach, które niekoniecznie mogły być kiłowymi. W 17-tu przypadkach Hutchinsona oraz w przypadku Apolanta u matki nie występowały nawet wcale objawy podejrzane; Engel zaś wspomina o nieokreślonych bólach nerwów, mięśni i kości, na które uskarżały się matki, noszące w swem łonie płód zakażony.

2) W długim szeregu przypadków, w których u matek zapłodnionych przez kiłowych mężów dostrzeżono w ciąży niewątpliwe objawy kiły, ze względu na charakter i cechy odnieść należało je do rzędu nawrotowych postaci kiły; mianowicie były to najczęściej ściśle do pewnych okolic ciała ograniczone zmiany w skórze i błonie śluzowej, właściwe późnemu okresowi drugorzędnej kiły, niekiedy zaś były to trzeciorzędne owrzodzenia. W obec tego więc mamy prawo przypuścić, iż w podobnych przypadkach kiła matki była dawnego pochodzenia, pierwsze zaś objawy ogólnego zarażenia występowały u niej przed 1—2 laty a więc przed zajściem w ciążę.

3) W niektórych przypadkach (Didaya, Delora, Couturiera, Rodeta, Fourniera i t. d.) płodu wcale

[1]) Neubildungen des Uterus s. 39.

nie oglądano a więc wcale nie wiadomo, czy miał on kiłę? jeśli zaś kiła płodu była wątpliwą, nie możemy wcale twierdzić, że matka zaraziła się przez łożysko.

4) W innych przypadkach (Bryanta, Didaya, Hutchinsona) nietylko nic nie wiadomo o stanie zdrowia płodu, lecz nawet brakuje danych, któreby pozwalały powziąć podejrzenie co do kiły ojcowskiej; niepodobna więc tu dopatrzeć się związku przyczynowego pomiędzy objawami kiłowymi u matki a stanem zdrowia płodu i ojca.

5) W wielu przypadkach objawy ogólnego zarażenia kiłowego u matek, zapłodnionych przez kiłowych mężów, występowały wkrótce po zajściu w ciążę (przypadki Didaya, Maigrota i Rodeta); nie ma więc podstawy dla przypuszczenia, iżby zarażenie matki nastąpiło przez obieg krwi w łożysku.

6) W żadnym z przypadków rzekomego zarażenia się matki kiłą od płodu niepodobna wyłączyć możliwości bezpośredniego zarażenia się matki w inny sposób.

Ten zarzut uważamy za stósowne wyjaśnić dokładniej, oraz poprzeć go odpowiednimi dowodami, do czego nas zmusza ta okoliczność, iż obrońcy teoryi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu uważają brak pierwotnej zmiany u matki jako główny dowód przemawiający na korzyść teoryi *choc en retour*.

W przeważnej liczbie przypadków badano chorych dopiero po wystąpieniu ogólnych objawów kiły; poprzedni zaś stan zdrowia znano jedynie z opowiadań chorych osób otaczających; najczęściej wzmiankuje się o tem, że matka była do ostatniego czasu zdrową i nie miała pierwotnych objawów. Lecz można je było łatwo przeoczyć!

Możliwości niedostrzeżenia pierwotnej zmiany kiłowej nie opieramy bynajmniej jedynie tylko na przypuszczeniu, lecz dowodzimy jej wieloma okolicznościami, na które już oddawna zwrócono uwagę (Lallemand[1]), Ricord[2]), Sigmund[3]), Weinberg[4]), Jumon[5]), Fournier[6]) itd.). Fournier zwraca uwagę, iż brakuje wiadomości z anamnezy o pierwotnych objawach kiły najczęściej się u kobiet lub osób należących do najniższych warstw społecznych.

Jak już o tem nadmieniliśmy, zwolennicy teoryi *choc en retour* powołują się między innemi i na tę okoliczność, iż w przypadkach przez nich dostrzeganych nie znajdowano żadnych śladów pierwotnej zmiany kiłowej u matek. Jednak wynik ujemny badania, stwierdzony dopiero wtedy, gdy u matki już się pokazały objawy ogólnego zakażenia, nie może mieć doniosłego znaczenia i bynajmniej nie jest dowodem zarażenia się matki przez łożysko; wiadomo już oddawna, iż u kobiet pierwotne objawy kiłowe cechują się najczęściej przebiegiem bardzo łagodnym a więc łatwo mogą przejść niepostrzeżenie, nie wywołując żadnych dolegliwości (Ricord[7]), Baerensprung[8]), Miehr[9]), Engelstedt[1]), Trousseaux[2]), Sigmund[3]), Baumler[4]), Müller[5]), Cant[6]) i t. d.).

W niektórych przypadkach kiły u kobiet pierwotną zmianę można przeoczyć nietylko wtedy, gdy znajduje się w okolicach ciała ukrytych, lecz nawet, gdy jest na zewnętrznych częściach rodnych. Bardzo często pierwotny objaw występuje u kobiet w postaci mało widocznej nadżerki, o której wkrótce chore zapominają. W innych znów przypadkach powstaje niewielka grudka lub blaszkowate stwardnienie, które łuszczy się, nieulegając wcale owrzodzeniu; nietylko więc chora, ale często nawet i lekarz łatwo może przeoczyć podobne zmiany.

Na tej podstawie można przypuszczać, iż w wielu przypadkach, przytoczonych na poparcie teoryi *choc en retour*, przeoczono pierwotną zmianę kiłową.

Pierwotne objawy w niezwykłych miejscach, oraz w jamach ciała (w ustach, przełyku, nosie, otworze stolcowym, w pochwie, na ustach macicznych i t. d.), jeszcze łatwiej mogą być niedostrzeżone lub też niewłaściwie rozpoznane. Zdarza się to najczęściej wtedy, jeśli pierwotna zmiana znajduje się w okolicach ciała nie łatwo dostępnych dla oka, n. p. w głębi pochwy i na szyjce macicznej. Dopiero niedawno dowiedzieliśmy się o tem, iż pierwotny objaw może znajdować się w głębi pochwy, mianowicie od zastósowania wziernika macicznego do badania chorych wenerycznych, co nastąpiło w 1830 roku. Z dawniejszych autorów Fricke[7]), Ricord[8]), Hauck[9]) i Bonorden[10]) nawoływali do posługiwania się wziernikiem macicznym do badania kobiet kiłowych. O ile nam się wydaje, Ricord (l. c.) pierwszy zwrócił był uwagę na to, iż owrzodzenia weneryczne i kiłowe mogą mieścić się na szyjce macicznej Baumés[11]) w swym podręczniku powiada, iż owrzodzenia szankrowe części pochwowej macicy (*os tincae*) są daleko częstsze, niż to w ogóle przypuszczają. Huguier[12]), Ingarden[13]) i Hölder[14]) nadmieniają też o szankrach macicy; ostatni zwraca uwagę, iż bardzo często się je przeocza. Pomimo to długo jeszcze potem nie zajmowano się tą sprawą w podręcznikach chorób kiłowych i kobiecych; dopiero od pojawienia się monografii Schwartza[15]) datuje się zwrócenie baczniejszej uwagi syfilidologów na owrzodzenia kiłowe części pochwowej macicy. Wkrótce po ogłoszeniu pracy Schwartza pojawił się w literaturze cały szereg spostrzeżeń w tej mierze, podanych przez Kohna[16]), Hen-

---

[1]) Archiv. für Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 3. str. 418.

[2]) Clinique iconograph. de l'hôpital des vénériens. Pl. V bis; Obs. I. texte str. 2.

[3]) Schmidt's Jahrbücher 1869. 7. str. 38.

[4]) Mittheil. aus d. Wiener Doktor. Colleg. 1879. V. 1.

[5]) Etudes sur les Syphilis ignorées. Paris. 1880.

[6]) Leçons sur la Syphilis particulèrement chez les femmes. Paris. 1881. str. 754—758.

[7]) Traité des mal. vénériennes. Paris. 1838. str. 602—603.

[8]) Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. str. 12.

[9]) Mittheil. aus d. syphilis. Abtheil. zu Würzburg. 1861. s. 59.

[1]) Die constitutionelle Syphilis, Würzburg. 1861. str. 2—3.

[2]) Clinique médicale. Paris. 1862. str. 672.

[3]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1877. ½ str. 10.

[4]) Ziemssen's Handbuch. (Syphilis) — II. Aufl. 1878. str. 49.

[5]) Grundriss der Pathol. und Ther. der venerischen Krankheiten. II Aufl. Leipzig 1884. str. 81.

[6]) Medic.-chirurg. Transactions. LXX. 1887. str. 169; Arch. f. Dermat. 1889. 4. str. 596.

[7]) Rust's Magazin. 1830. XXXIII. 2.

[8]) Gaz. médic. de Paris. 1833. Janvier.

[9]) Rust's Magazin. 1840. LVI. 1.

[10]) Syphilis. Berlin. 1834. str. 238.

[11]) Behrend's Syphilidologie. 1842. IV. 3. str. 414—415.

[12]) Tamże 1843. V. str. 593.

[13]) Syphilidologie. Wien. 1845. str. 43—45.

[14]) Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. str. 299 i 311.

[15]) Etude sur les chancres du col utérin. Paris. 1873.

[16]) Die Syphilis während der Initial-Periode und Frühformen. Wien. 1875. str. 68.

rego[1]), Klinka[2]), Razumowa[3]), Mracka[4]), Glücka[5]), Gongora[6]), Preisa[7]), Dolérisa[8]) i Golliarda[9]).

Według zgodnego zdania tych autorów pierwotne owrzodzenia szyjki macicznej cechują się łagodnym przebiegiem, goją się rychło i przeważnie nie pozostawiają żadnych wyraźnych śladów; łatwo je przeoczyć jeszcze i z tej przyczyny, że zwykle nie towarzyszy im wcale obrzęk gruczołów limfatycznych pachwinowych (Preis). Z tego więc względu łatwo można przypuszczać, iż w niektórych przypadkach zaraża się od płodu; chociaż chore matki nie dostrzegły żadnych objawów przed wystąpieniem ogólnego zakażenia, istniało poprzednio pierwotne zajęcie szyjki macicznej, lecz je przeoczono. W kilku przypadkach Hutchinsona dostrzeżono u matek w początku białe upławy; może zależały one od pierwotnego owrzodzenia części pochwowej macicy (Kohn l. c str. 31—33). Łagodny przebieg pierwotnych owrzodzeń szyjki macicznej jest także powodem, iż niekiedy lekarz, badając chorą w chwili wystąpienia ogólnych objawów, nie dostrzeże żadnych śladów pierwotnej zmiany kiłowej.

W rzadkich przypadkach pierwotny objaw znajduje się u kobiet w pochwie; podobne spostrzeżenia ogłosili: Venot[10]), Klink[11]), Binet[12]), Gardillon[13]), Bockhardt[14]), Büchler[15]) i Glastein[16]). Pierwotna zmiana może wtedy pozostać niedostrzeżoną; w przypadku Klinka n. p. chora nic nie wiedziała o znajdującem się u niej w pochwie owrzodzeniu kiłowem.

Nie ulega więc wątpliwości, iż pierwotną zmianę kiłową u kobiet, niekiedy znajdującą się w głębi pochwy łatwo można przeoczyć; wobec tego wolno przypuszczać, że u ciężarnych kobiet punktem wyjścia zarażenia kiłowego ustroju bywa nieraz pochwa lub część pochwowa macicy.

Należy też nadmienić, iż pierwotny objaw u kobiety może niekiedy znajdować się jeszcze głębiej, mianowicie zaś w szyjce macicznej; dotąd wszakże nie opisano ani jednego niewątpliwego przypadku podobnego. Żeby zaś mogło ono wydarzyć się, potrzeba zapewne szczególnie sprzyjających temu okoliczności (długie prącie, otwarcie ujścia macicznego podczas spółkowania, pierwotny wrzód w cewce moczowej u mężczyzny). To przypuszczenie wypowiedział już dawniej Aubert[17]), powtórzył zaś je później Lang[18]); inni jednak syfilidologowie nie zwrócili na to uwagi. W podobnych przypadkach zakażenie może nastąpić za pośrednictwem zakażonego nasienia. Że pierwotny objaw w jamie macicznej bardzo łatwo i prawie zawsze musi ujść uwadze, o tem trudno chyba wątpić.

Rozpatrzywszy kazuistykę w kwestyi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu, przekonaliśmy się iż wcale ona nie udowadnia teoryi *choc en retour*. Nastręcza się tu jeszcze jedno pytanie, czy objawów powrotnej postaci drugorzędnej kiły, spostrzeganych zwykle u matek jako pierwsze oznaki choroby, nie poprzedzały inne zmiany swoiste, które uszły uwadze? W odpowiedzi musimy przytoczyć, iż bardzo często się wydarza tak łagodny i przemijający przebieg pierwszej osutki kiłowej, iż ją bardzo łatwo mogą przeoczyć nietylko chorzy, lecz i nie bardzo uważni lekarze. Wypada więc przypuścić, iż w niektórych przypadkach pierwsze objawy ogólnego zakażenia mogą ujść uwadze kobiet zapłodnionych przez kiłowych mężów, późniejsze zaś objawy natomiast rozpoznaje się mylnie jako pierwsze oznaki kiły.

Z kolei rozpatrzmy teraz krytycznie teoretyczne zasady, na których opiera się teorya wstecznego zarażenia się matki kiłą (Hutchinson, Diday, Fournier). Według poglądów ich zarażenie się matki od płodu następuje powoli i stopniowo; przyrzut kiłowy przenika do ustroju matki nawrotami i w małej ilości i dopiero po upływie kilku miesięcy jest w stanie wywołać widoczne zmiany, właściwe kile. Takie przewlekłe i stopniowe zakażenie ustroju macierzyńskiego trudno pogodzić z ustalonemi już w nauce pojęciami i faktami, tyczącymi się istoty przyrzutu kiłowego i działania jego na ustrój. Mnóstwo doświadczeń i spostrzeżeń wykazało, iż ustrój ulega zawsze raz zakażeniu kiłą z chwilą dostania się doń, chociażby najmniejszej ilości przyrzutu chorobowego, właściwe zaś kile objawy występują dopiero po upływie pewnego, określonego czasu (okres wylęgania). Następnie wiadomo, iż przyrzut kiłowy nie należy do związków chemicznych, których siła i stopień działania mogłyby zależeć od ilości jadu, lecz że jestto substancya żywa i uorganizowana (*contagium vivum*), składająca się zapewne z drobnoustrojów chorobotwórczych, oraz toksyn, t. j. wydzieliny z nich powstałej; a więc siła i stopień działania przyrzutu kiłowego na ustrój zakażony nie zależy od ilości jadu, lecz pozostaje z jednej strony w stósunku bezpośredniej zależności od zdolności przyrzutu do rozmnażania się, z drugiej strony w stósunku odwrotnym do stopnia odporności samego ustroju.

Z powyższego więc wynika, iż przebieg i charakter choroby zakaźnej nie zależy od większej czy mniejszej ilości przyrzutu, który dostał się do ustroju w chwili zarażenia, lecz że będą one jednakowe, jeśli przyrzut chorobowy nie znajdzie w ustroju przeszkody do dalszego rozwoju i rozmnażania się. Jeżeli przyrzut kiłowy przenika od płodu do obiegu krwi matki, jak to utrzymują Hutchinson i Diday, tembardziej powinien wtedy odrazu zakazić cały ustrój matki i wywołać wkrótce wybuch ogólnych objawów; następnie zaś, jeśli matka, będąc poprzednio zdrową, zarazi się podczas pierwszej ciąży od płodu, to ustrój jej, stawszy się już kiłowym, powinien nabyć zupełnej odporności względem kiły a więc nie może wcale ulegać powtórnemu lub nawet kilkakrotnemu zarażeniu się od płodu podczas następnych ciąży. A jednak Hutchinson i zwolennicy jego teoryi utrzymują, iż u matek, noszących w swem łonie płód kiłowy, podczas każdej ciąży następuje powtórne zarażenie; przypuszczają też oni stopniowe nagromadzenie się jadu kiłowego w ustroju matki, wskutek czego wreszcie mają u zaka-

[1]) American Journal of Syphil. 1874. October. str. 346—348.
[2]) Pamiętnik Tow. lek. Warszawskiego. 1880. 1. str. 114—136; Viertelj. f. Dermat. 1876. 4. str. 542—588.
[3]) Viertj. f. Dermat. und Syphilis. 1880. 4. str. 517—528.
[4]) Tamże. 1881. 1. str. 47—86.
[5]) Wiener medicinische Presse 1881. 32.
[6]) Voz de Hipocrates. Mexico. 1883. I. str. 161—163.
[7]) Russkaja medicina. 1884. 34. 35. 36.
[8]) Gaz. médicale de Paris 1884. 50.
[9]) France médicale. 1890. I. 15. str. 229.
[10]) Journal médic. de Bordeaux. 1861. 2. ser. Fevrier. str. 63.
[11]) Viertelj. f. Dermat. 1876. str. 552.
[12]) France médicale. 1881. 4. 5.
[13]) Essai sur le chancre du vagin 1881.
[14]) Monath. f. prakt. Dermatol. 1885. 12. str. 417—421.
[15]) Journal of cutan. diseases. 1890. 5. str. 73—74.
[16]) Medicina. 1891. 15. str. 237.
[17]) Du chancre utérin Thèse Montpellier 1868.
[18]) Vorles. über Pathol. u. Ther. der Syphilis 1895 str. 340.

żonej matki występować odrazu późne objawy z pominięciem wczesnych zmian drugorzędnych. Podobnemu przypuszczeniu najzupełniej zaprzecza kliniczne spostrzeżenie, które poucza nas, iż zarazek kiłowy z biegiem czasu nie potęguje się, lecz ulega stopniowemu osłabieniu, objawy zaś kiły dziedzicznej stają się coraz to łagodniejszymi u potomstwa zrodzonego z kiłowego ojca, t. j. że jeśli pierwszy płód rodzi się nieżywym a drugi przychodzi na świat z poważnemi zmianami kiłowemi, z których wkrótce potem umiera, to u trzeciego dziecka kiła przebiega już łagodniej, a następne potomstwo może nawet nie mieć kiły. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

Błonica i jej leczenie.

Skreślił

Dr. Jan Landau,

obecnie przy szpitalu św. Anny we Wiedniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Surowicę wyrabiają dwie fabryki: w Höchst nad Menem fabryka dawniej Meister Lucius i Brüning wyrabia surowicę według Behringa i Ehrlicha, fabryka zaś akcyjna (dawniej Schering) w Berlinie wyrabiała antytoksynę według Aronsona. Sprawozdania lecznicze co do surowicy odnoszą się jednak tylko do surowicy Behringa, fabryka bowiem berlińska wstrzymała wyrób na jakiś czas, gdy padło kilka koni po wstrzykiwaniach. W handlu znajdujemy trzy rodzaje surowicy: Nr. I, w ilości 10 cm.^{3} przedstawia zwyczajną dawkę leczniczą. Obliczenia Ehrlicha i Behringa wykazały, że dawka ta zawiera 600 jednostek antytoksyn. (Jednostka antytoksyn zobojętnia 10 cm.^{3} roztworu toksyn błonicy, t. j. jadu przez prątki produkowanego). Nr. więc I., zawierający 10 cm.^{3} surowicy może zobojętnić 6000 cm.^{3} roztworu toksyn błonicy. Nr. II. w 10 cm.^{3} zawiera 1000 jednostek antytoksyn a w 11·5 cm.^{3} numeru trzeciego znajduje się 1500 jednostek antytoksyn. Numer pierwszy będzie można otrzymywać w wielkiej ilości, numeru drugiego zaś lub trzeciego mniej, mało bowiem zwierząt dostarcza surowicy o tak znacznej ilości antytoksyn. Numeru pierwszego używamy u dzieci poniżej 10 lat w pierwszych 24—48 godzinach choroby i do dalszego leczenia po użyciu numeru drugiego lub trzeciego w cięższych przypadkach. U dorosłych, albo w cięższych przypadkach, leczenie należy rozpocząć numerem drugim lub trzecim i to stosownie do nasilenia choroby używamy w ciężkiej błonicy i późniejszych okresach numeru II-go, w najcięższych zaś i późnych okresach używa się numeru III-go. W ogóle w używaniu surowicy Behringa zasadą jest, że większą dawką nigdy zaszkodzić nie można, lecz zawsze pomódz. Im później rozpoczęto leczenie, tem mniej mamy widoków korzystnego wyniku; jak bowiem wiadomo, wstrzyknięcie surowicy nie usuwa powikłań przez jad błoniczy wywołanych. Co się tyczy wstrzykiwań, robi się je strzykawką Kocha, obejmującą 10 cm.^{3}, z zachowaniem wszelkich przepisów antyseptyki. W klinice prof. Wiederhofera w Wiedniu, gdzie rozpoczęto pierwsze próby w Austryi, wstrzykuje się surowicę w skórę brzucha, inni zaś wstrzykują w skórę grzbietu lub w okolicy lędźwiowej. W wymienionej klinice wstrzykuje się obecnie surowicę strzykawką o tyle zmodyfikowaną, że balonik zagięty jest pod kątem prostym do rurki, igła zaś jest zagięta pod kątem ostrym. W ten sposób zapobieżono dostawaniu się powietrza i obrażeniu dziecka. Reakcyi w okolicy zastrzyknięcia nie dostrzeżono.

Behring, roztrząsając sprawę leczenia swym środkiem na ostatnim zjeździe w Wiedniu, spodziewa się, że śmiertelność, która przedtem dochodziła do 60%, teraz obniży się do 10%; w przypadkach zaś, poddanych leczeniu w pierwszych 24 godzinach, do 5% tylko. Wyniki, które, gdyby przepowiednia sprawdziła się rzeczywiście, prześcignęłyby wszelkie oczekiwania. Ehrlich, współpracownik Behringa, podaje w swej statystyce, że z 40 leczonych surowicą w szpitalu Elżbiety w Berlinie zmarło 6; w tym samym czasie z 40 nieleczonych w tymże samym szpitalu zmarło 18. W zakładzie dla chorób zakaźnych równocześnie z 49 leczonych umarło 6. Z 89 tych przypadków leczonych surowicą 5 zmarło w pierwszych 24 godzinach pobytu w szpitalu, gdyż przyniesiono je w agonii, pozostaje więc 7 przypadków śmierci czyli 8%.

Aronson w Charlottenburgu leczył od Marca do Lipca b. r. 192 przypadków bakteryologicznie stwierdzonych a śmiertelność wynosiła 11%; porównywając wynik ten ze średnią cyfrą śmiertelności w latach poprzednich przedstawia się zmniejszenie śmiertelności o 27%. Temperatura we wszystkich przypadkach spadała szybko, stan ogólny poprawiał się i w żadnym przypadku A. nie był zmuszony do tracheotomii.

Wielkie znaczenie przypisać należy statystyce Rouxa. Rozpoczął on na ludziach badania w *Hôpital des Enfants malades* 1 Lutego i aż do 24. Czerwca b. r. leczył wszystkie przypadki bez względu na okres choroby. Na 448 dzieci leczonych wstrzykiwaniami zmarło 109 = 24·5%, gdy śmiertelność w odpowiednich miesiącach lat poprzednich wynosiła 51·71%. Że charakter epidemii nie był łagodny, dowodem, że w *Hôpital Trousseau* z 500 dzieci zmarło 316 = 63·2%. Jeżeli od tych 448 przypadków Rouxa odejmiemy przypadki nie potwierdzone bakteryologicznie jako błonica, pozostaje przecież 26% wobec 51·71%. Co do przebiegu obserwowano, że choroba pod wpływem surowicy trwa krócej, powikłania są rzadkie, a co najważniejsza, w przeciągu 3—5 dni znikają prątki błonicze. W przypadkach zakażenia mięszanego streptokokami, przebieg więc był bardzo ciężki, śmiertelność wynosiła 32·4%, co w porównaniu z śmiertelnością lat poprzednich = 87%, stanowi znaczne zniżenie.

Körte, w którego oddziale Vosswinkel przeprowadzał badania, przyznaje, że chociaż początkowo nie zamierzał używać surowicy do leczenia, stanowczo obecnie z powodu za małej ilości limfy odczuwa brak jej w leczeniu.

Watkin Hughes w Anglii na 40 przypadków: w 30 leczonych zwykłymi środkami miał 10 przypadków śmierci; w dziesięciu zaś ciężkich przypadkach zapomocą surowicy leczonych nie było przypadku śmierci.

Pomiędzy wymienionemi próbami nie wspominam o szpitalu w Tryeście, gdzie w porównaniu z śmiertelnością lat poprzednich = 65%, obecnie śmiertelność wynosi około 23%; pomijam również daty statystyczne szpitala św. Anny w Wiedniu i polikliniki wiedeńskiej, gdzie szczupła liczba dotychczas leczonych na błonicę dzieci, nie dozwala na stanowcze osadzenie nowej metody leczenia pod każdym względem.

Kilka słów jeszcze poświęcić muszę sprawie szczepienia ochronnego przeciw błonicy: Do wstrzykiwania w celu immunizowania zalecał początkowo Behring jednę dziesiątą część Nra I. surowicy swej. (Obecnie jednakże zaleca jednę czwartą część tegoż Nru). Już na kongresie w Wiedniu na kwestyę szczepienia ochronnego zwrócił uwagę Wassermann z Berlina. Badał on surowicę dzieci zdrowych, które nigdy nie cierpiały na błonicę lub zwyczajne nawet zapalenie gardła, czy ma swoiste własności antytoksyczne wobec jadu błonicy. Przekonał się, że krew indywiduów tych działa często tak wybitnie antytoksycznie wobec jadu błoniczego, że naprzykład 1 cm.^{3} surowicy z dziesięciokrotną ilością dawki bezwzględnie toksycznej nie działa na morskie świnki. Rozgłosu nabrała sprawa immunizowania po ogłoszeniu lekarza helgolandzkiego, Dra Meviusa, którego badania przyjąć należy z zastrzeżeniem, gdyż bakteryologicznie chorych swych

nie badał; za błonicę jednak uznawał swe przypadki dopiero wtedy, gdy sprawa chorobowa rozszerzała się na nos, krtań lub podniebienie miękkie.

Reasumując więc powyższe badania i to tylko na podstawie tych i na podstawie własnych obserwacyj kilkudziesięciu przypadków sądzę, że nowemu środkowi racyi bytu odmówić nie można. A gdy przeciwnicy leczenia surowicą wskazują na brak skutku w leczeniu tężca (*tetanus*) surowicą, powiada Roux słusznie, że dwóch tych spraw chorobowych zestawiać razem nie można: tężec rozpoznajemy bowiem dopiero wtedy, gdy są już kontraktury a więc organizm już zatruty, w błonicy zaś występują objawy zatrucia po krótszem lub dłuższem trwaniu zmian miejsowych. Jakkolwiekbądź przedstawiać się będą dalsze wyniki leczenia, to już obecnie nie ulega wątpliwości, że dzieci nawet w najcięższych przypadkach błonicy po zastrzyknięciu surowicy są zupełnie swobodne, wejrzenie i zachowanie się ich nie odpowiada nasileniu choroby, czego przy zwykłem leczeniu obserwować nie mogliśmy. Dotychczasowe wyniki zupełnie są zadawalające; dalsze badania wykażą, o ile środek w praktyce da się zastósować.

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Na powierzchni płynu w kadziach fermentacyjnych tworzy się zrazu przy brzegu ścian kadzi, później na całej powierzchni piana, która następnie przybiera barwę brudnobrunatną i kształt nieregularny, falisty, jakby wielorako nanapiętrzony. Forma ta piany, zwana tworzeniem się kędziorów świadczy, że fermentacya zmierza ku końcowi, niebawem bowiem piana ta się rozdziela i opada na dno kadzi. Tak ubikacye jak i naczynia, w których odbywa się fermentacya, winny być utrzymywane w szczególniejszej czystości, albowiem ma się na celu wyłącznie fermentacyę drożdżową a więc wyklucza stanowczo wszelkie inne rodzaje kiśnienia, zawisłe od innych drobnoustrojów.

4) W ten sposób otrzymane młode piwo ściąga się do wielkich beczek i przechowuje w piwnicach, które winny mieć stałą i niezmienną ciepłotę. W beczkach tych oczyszcza się piwo skutkiem opadania drożdży; w nich też odbywa się jeszcze powolna, następowa fermentacya przez rozkład pozostałej w piwie maltozy. Z tego wynika, że piwo jest napojem, w którym fermentacya nie jest ukończoną, zatem napojem jeszcze fermentującym. Z beczek wielkich po odleżeniu ściąga się piwo do beczek mniejszych transportowych, z których bezpośrednio czerpie się je dla konsumcyi. Piwo gotowe zawiera: 1) alkoholu 3—5%, 2) gazu kwasu węglowego od 0·1—0·2%, 3) maltozy i dekstryny razem 4—5%, 4) substancyj proteinowych 0·2—0·4%, 5) kwasy organiczne, jak kwas bursztynowy, mlekowy, octowy, propionowy w bardzo małej ilości; kwasy te sprawiają odczyn kwaśny piwa, 6) małe ilości gliceryny, która jest ubocznym produktem fermentacyi, 7) sole, przedewszystkiem fosforany, 8) składniki chmielu, jak olejki, substancye gorzkie i aromatyczne. Podajemy tu skład chemiczny niektórych gatunków piw, wyłącznie zakrajowych i zagranicznych.

W 100 częściach piwa znachodzi się:

	Wyciąg składa się:										
	C. g.	wody	alkoholu	wyciągu	maltozy i dekstryny	istot proteinowych	istot nieorganicznych	stopień zgęszczenia brzeczki	stopień kwasoty	stopień pełności smaku	barwa
Piwo szwechackie [1]) . .	1·0175	90·37	3·62	6·01	5·28	0·52	0·21	13·25	0·13	71·7	6·3
Piwo Liesingskie . . .	1·0179	90·48	3·52	6·00	5·34	0·47	0·19	13·04	0·13	70·2	7·0
Piwo pilzneńskie (browar mieszczański) . . .	1.0130	91·56	3·47	4·97	4·40	0·37	0·20	11·91	0·16	67·0	3·5
Piwo pilzneńskie (browar akcyjny)	1·0128	91·45	3·72	4·83	4·22	0·41	0·20	12·27	0·17	59·0	4·3
Bok monachijski . . .	1·0206	88·70	4·20	7·10	6·30	0·56	0·24	15·50	0·18	—	14·3
Piwo monachijskie Salwator	1·0324	85·87	4·35	9·78	8·83	0·68	0·28	18·48	—	80·0	41·5
Ale	1·0106	89·75	5·43	4·81	3·88	0·57	0·36	15·67	0·31	—	10·0
Porter	1·0207	86·85	5·27	7·43	6·20	0·83	0·40	18·70	0·34	—	40·0

Przepatrzywszy dokładnie powyższą tablicę, przekonamy się, że n. p. w litrze piwa pilzneńskiego (z browaru mieszczańskiego) znachodzi się 34·7 gramów alkoholu, 44 gramów maltozy i dekstryny a 2 gramy substancyj białkowatych, w litrze porteru 57 gramów alkoholu, 62 gramy maltozy z dekstryną a 4 gramy substancyj białkowatych, w ciężkiem piwie monachijskiem Salwator 43 gramy alkoholu, 88·3 maltozy z dekstryną a 2·1 gramów substancyj białkowatych.

W litrze porteru, zatem najbardziej odżywiającego gatunku piwa, przeto oprócz alkoholu spożywamy tyle cukru słodowego, ile odpowiada ilości skrobi w bułce centowej i tyle białka, ile mieści się w $^{1}/_{12}$ części jaja kurzego średniej wielkości. Widocznem jest, że piwo jest napojem wyskokowym, pokaźnie odżywiającym. Zaprzeczyć się jednak nie da, że odżywczą wartość piwa okupuje się bardzo drogo; 63 gramów cukru słodowego bowiem i 4 gramy substancyj białkowatych w formie bułki, względnie w postaci białka jaja kurzego przedstawia wartość zaledwie 1 centa, litr porteru tańszego zaś będzie kosztować nie mniej jak 40—50 ct., ilość zaś piwa pośledniejszego gatunku, mogącego zawierać tę samą ilość istot odżywczych nie będzie kosztować mniej niż 12—15 ct. Również rzecz jasna, że alkohol zmięszany z roztworem cukru słodowego, białka i soli, nadto znacznie roztworzony wodą daleko słabiej może rozwijać swoiste, zgubne działanie na ustrój, niż równa ilość alkoholu w postaci innych napojów wyskokowych użyta, że więc piwo jest napojem wyskokowym względnie najhigieniczniejszym, rozumie się w bigienicznej ilości używane.

Przedostatnia rubryka powyższej tablicy uwzględnia tak zwany stopień pełnego smaku, co Niemcy zwykli nazywać *Vollmundigkeit*. Piwa pełnego smaku są te, które

[1]) Rozbiorów chemicznych piw krajowych jak np. okocimskiego, żywieckiego, krakowskiego Johna nie podaję, gdyż nie otrzymałem ich od zarządów browarów.

mają smak niejako klejki, w których przeważa smak słodu nad smakiem składników chmielu. Stopień pełnego smaku mierzy się za pomocą osobnego przyrządu, zwanego wiskozymetrem, na podstawie stopnia przyczepności włoskowatej piwa. Piwa jasne jak piwa czeskie, wiedeńskie, piwo okocimskie i inne jasne krajowe, mają niski stopień pełnego smaku, nie są, jakby Niemiec powiedział, *vollmundig;* piwa zaś bawarskie, n. p. piwo kulmbachskie ma wysoki stopień pełnego smaku. W piwach jasnych przeważa smak chmielu, piwa te są więcej gorzkie; odwrotnie w piwach bawarskich przeważa smak składników słodu. Rubryka ostatnia tablicy skład chemiczny piw podającej, uwzględnia barwę piwa. Barwa piwa przedewszystkiem zależy od ciepłoty, w jakiej słód suszono i od czasu trwania suszenia w suszarniach. Słód suszony dłużej i w wyższej ciepłocie, w części nawet przypalony wyda piwo ciemne i odwrotnie.

Piwo gotowe do konsumcyi winno być zupełnie jasne i przejrzyste, barwa zaś jego powinna być lśniąca, połyskująca, winno mieć prawidłową ilość gazu kwasu węglowego, powinno nalane czy z beczki, czy z flaszki do szklanki wytworzyć na powierzchni pianę białą, mleczną, drobno-bańkową, skupioną i powoli niknącą; piwo tworzące pianę skąpą, grubo bańkową, mdłą, szybko niknącą, jest ubogie w gaz kwasu węglowego, zwietrzałe. Piwo zaś tworzące nazbyt wielką ilość piany, które obficie burzy, nalane do szklanki, jest po prostu zepsute, albowiem odbywa się w niem nieprawidłowo żywa fermentacya następowa, albo czysto drożdzowa, albo, co gorsza od innych drobno-ustrojów zawisła, (niedbale wymyte flaszki lub wymyte wodą nieczystą).

Piwo mętne, mętnawe, nawet tylko opalizujące (to ostatnie z pewnem zastrzeżeniem) jest niehigieniczne i nie powinno się go używać jako wprost niezdrowego. Mętność piwa lub jego zamglenie w różnych stopniach pochodzi przeważnie od nieprawidłowo wielkiej ilości komórek drożdżowych w piwie zawartych. Wprawdzie każde piwo, chociażby najczystsze zawiera i zawierać musi żywe komórki drożdżowe, lecz w miernej ilości, chyba że było bardzo starannie pasteryzowane. Piwo mętne skutkiem nadmiernej ilości drożdży drażni przewód pokarmowy i może wywołać ostry lub przyostry nieżyt żoładkowo-jelitowy a nawykowo używane nieżyt przewlekły. Celem przekonania się o ilości komórek drożdżowych w różnych gatunkach piw niepasteryzowanych i pasteryzowanych, badałem bakteryologicznie piwa butelkowe nadesłane mi po części wprost z różnych browarów. Piwa te wszystkie były jasne i wyglądały zupełnie czysto.

I tak n. p. piwo okocimskie butelkowe (marcowe), niepasteryzowane (zupełnie jasne i czyste) okazało w centymetrze sześciennym 3.000 hodowli drożdży, piwo okocimskie pasteryzowane tylko 200 do 250 hodowli; piwo z browaru Drehera w Klein-Schwechat pod Wiedniem (leżak) niepasteryzowane wydało w centymetrze około 4000 hodowli; piwo z jednego z browarów w Krakowie marcowe wydało około 5000 hodowli, eksportowe zaś 28.000 hodowli (oba niepasteryzowane).

Piwo pilzneńskie (browar mieszczański) beczkowe, nabyte w jednym z handli krakowskich okazało 30.000 hodowli drożdży i kilkadziesiąt hodowli prątka siennego *(bacillus subtilis)*. Piwo zaś pilzneńskie, nabyte w d. 26/9 b. r. w jednym z handlów, dobrze zamglone, lecz przyjęte i pite przez konsumentów, natychmiast badaniu poddane, okazało w centymetrze 36.000 hodowli drożdży i pokaźną ilość hodowli kokków i prątków znajdywanych w wodzie, piwo zaś pilzneńskie butelkowe nabyte w głównym składzie tego piwa w Krakowie 26.000 hodowli. Nakoniec piwo żywieckie butelkowe tak marcowe, jak cesarskie (oba pasteryzowane!) okazało tylko po kilkanaście hodowli; było więc najuboższe w komórki drożdżowe. Może je w wyższej ciepłocie pasteryzowano. Było też zupełnie czyste i lśniące.

Rozumie się samo przez się, że z wyniku małej liczby badań bakteryologicznych, nie można wydawać sądu o piwie, niepodobna też oznaczyć dokładnie największej, możliwej ilości komórek drożdżowych w piwie; podany wynik badania wykazuje tylko, jaka ilość drożdży może się znajdować w piwie sprzedawanem. Częstokroć też piwo wychodzące z browaru zupełnie czyste i jasne, zawdzięcza mętność niewłaściwej manipulacyi sprzedających je, nie przestrzeganiu skrupulatnej czystości przy nalewaniu go do flaszek, przy płukaniu flaszek i t. p. Chcąc zyskać cyfry, dozwalające wydać sąd ściślejszy o piwie pod względem bakteryologicznym, należałoby badania przedsiębrać w samym browarze.

W beczkach przechowywanych w piwnicach kupców, zawsze skutkiem następowej fermentacyi opada pewna ilość drożdży na dno; dlatego też najniższe warstwy piwa są mętne i przedawane być nie powinny. Mimo to w handlach naszych (niektórych) piwo takie podaje się konsumentom. W Niemczech n. p. i w Czechach, gdzie konsumcya piwa jest znaczniejsza i jego znawstwo więcej rozpowszechnione, piwa mętnego kupiec nie przedaje, boby go konsumenci nie przyjęli.

Mętność piwa, raczej zamglenie lekkie lub opalizowanie, pochodzić może także od wydzielenia sie substancyj białkowatych; jest to tak zwane zmętnienie glutynowe, n. p. piwo młode, za pospiesznie do natychmiastowej konsumcyi zrobione a przechowane w niskiej ciepłocie mętnieje, opalizuje skutkiem wydzielania się substancyj białkowatych. Gdy jednak próbkę takiego piwa ogrzejemy w rurce probierczej, wyjaśni się rychło. Nadto może być piwo zamglone skutkiem wydzielenia się żywicy lub dekstryny, nakoniec skutkiem rozmnożenia się bakteryi (najczęściej sarcyna).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgia.

Obaliński. W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej.

Do najświeższych zdobyczy w zakresie chirurgii jamy brzusznej należy zupełne wyłączenie pętli jelitowej. Wprowadzenie tej operacyi jest wyłącznie zasługą chirurgów polskich; pierwszą bowiem taką operacyę wykonał Bałącz, a niezależnie od niego, gdyż jeszcze przed ogłoszeniem jego przypadku, Obaliński.

Przypadek O. tyczy się dziewczyny 24-letniej z gruźlicą kiszki ślepej, którą autor wyciął, a nie mogąc połączyć końca obwodowego jelita biodrowego z końcem dośrodkowym kiszki, wstępującej z przyczyny mocnych zrostów i krótkości kreski przeciął kiszkę wstępującą na jej przejściu w kiszkę poprzeczną, poczem połączył koniec jelita biodrowego z końcem kiszki poprzecznej, kiszkę zaś wstępującą po zaszyciu tak końca dośrodkowego jak i obwodowego zostawił w jamie brzusznej i w ten sposób wykluczył całą kiszkę wstępującą od posuwania kału. Przebieg pooperacyjny bez powikłań tak, iż operowana po 8 tygodniach opuszcza zakład w pełni zdrowia.

Rozważając przypadek tak własny jak i Bałącza, przychodzi O. do przekonania, iż 1) całkowite wykluczenie pętli jelitowej u człowieka nie wywołuje złych następstw. 2) Wykluczyć można część jelita tak zdrowego, jak i chorego a ma to zawsze na celu przywrócić drogę dla treści jelitowej przez odbytnicę. 3) Dla uniknięcia pomięszania dwu operacyj pokrewnych a jednakże różnych, mianowicie wycięcia części jelita *(excisio v. resectio)* i wyłączenia całkowitego *(exclusio totalis)*, należy dla wyłączenia używać innego miana i w tym celu proponuje O. *eliminatio totalis.* 4) Całkowite wyłączenie pętli jelitowej ma w chirurgii większą przyszłość niż częściowe, polegające na wszyciu jednego lub obydwu końców wyłączonej pętli jelitowej w ranę laparotomijną. Tego jest zdania Obaliński nad podstawie pięciu dotychczas znanych przypadków wyłączenia częściowego a mianowicie przypadku Eiselsberga, Hochenegga, Franka, Körtego i swego własnego (operowanego w roku 1892); w przypadkach tych bowiem, z wyjątkiem przypadku Eiselsberga, w którym przyszło do zupełnego zagojenia

się, pozostały przetoki, wydzielające śluz i to, jak w przypadku Obalińskiego i Körtego w takiej ilości, że musiano następowo wyciąć wyłączoną pętlę jelitową. *(Medycyna* Nr. 44. 1894). *Dr. Rutkowski.*

Ginekologia.

Walzberg. **Zmniejszenie oporności ścian macicy.**

W. opisuje trzy przypadki, w których przy badaniu macicy zwykłym zgłębnikiem przebił ją mimowoli z wielką łatwością i mógł wyczuć koniec zgłębnika przez powłoki brzuszne. Wszystkie te przypadki tyczyły się kobiet, u których było wskazanem z powodu mocnego krwawienia po poronieniu wyskrobanie macicy. W jednym z tych przypadków wykonał W. laparotomię i przekonał się, z jaką łatwością można było zgłębnikiem przebić dno macicy. Niezwykłe zmniejszenie się oporności ścian macicy w tych przypadkach odnosi W. do rozmiękczenia warstwy mięsnej skutkiem zatrzymania resztek łożyska. W końcu zwraca W. uwagę na niezwykle doniosłe znaczenie swych spostrzeżeń dla medycyny sądowej. W podobnym bowiem przypadku, w którymby młody lekarz przebił macicę i w ten sposób sprowadził zejście śmiertelne w skutek septycznego zapalenia otrzewnej, mógłby łatwo być obwinionym o błąd sztuki. *Dr. Wachholz.*

Piédecocq. **Nagła śmierć osesków w skutek przerostu grasicy.**

Jak wiadomo, dwojako usiłują wytłómaczyć przyczynę nagłej śmierci u dzieci z przerostem grasicy. Jedno zdanie, upatrujące przyczynę w ucisku na tchawicę i następowem uduszeniu zbił w zupełności Paltauf, drugie, podane przez Seydla, posądza ucisk wywarty na nerwy szyjne, jak nerwy błędne i t. d. przez powiększoną grasicę o wywołanie nagłej śmierci. P. opisuje przypadek, tyczący się oseska przyjętego z powodu *furunculosis* do kliniki Hutinela. Dziecię to zmarło nagle w klinice a przy sekcyi wykazano znaczne powiększenie grasicy, ważącej 16 grm., przekrwienie i rozszerzenie żył szyjnych, mózgowych i zatok żylnych. Komórki boczne mózgu, wodociąg Sylwiusza, czwarta komórka i przewód środkowy rdzenia szyjnego były znacznie rozszerzone i jasnym płynem wypełnione.

Na podstawie tego wyniku sekcyi, upatruje autor przyczynę śmierci w zmianach w mózgu, które wzmagały się zwolna a stale, nie objawiając się za życia.

Śmierć nastąpiła, zdaniem autora, w skutek ucisku, któremu uległ rdzeń przedłużony; ten ucisk zaś był następstwem powiększenia się ucisku śródczaszkowego; ucisk znów śródczaszkowy wzrósł nagle z powodu zaciśnięcia żył szyjnych albo przez pochylenie głowy dziecka wstecz, albo też przez nagły obrzęk przerosłej grasicy, wywołany kaszlem (dziecię zakrztusić się mogło pokarmem przyjętym na krótki czas przed śmiercią). P. podaje nam zatem trzecie zdanie co do niejasnej przyczyny śmierci przy powiększeniu grasicy. *(Ztschrft. f. Medicinalbeamte.* Nr. 20. 1894. *Wachholz.*

Choroby umysłowe.

Freymuth. **Przypadek dobrowolnie zadanego kalectwa.**

Kobietę 22-letnią, z podnieceniem umysłowem po porodzie umieszczono w zakładzie obłąkanych. Z powodu jadłowstrętu karmiono ją przymusowo. Kiedy posługaczka opuściła raz chorą na kwadrans po karmieniu, zastała ją po powrocie w rozpaczliwym stanie. Chora dotknięta ostrem obłąkaniem z hallucynacyami wydarła sobie obie gałki oczne i porzuciła je na ziemię. W tym przypadku, który zakończył się śmiercią, uważa F. dobrowolnie zadane kalectwo za skutek rozpaczy, do jakiej doprowadziły chorą złudzenia wzrokowe. *(Ztschr. f. Psychiatrie.* Tom 51. 1894). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

— Józef Jaworski (w Warszawie): Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny przy operacyach na macicy. Autor idąc za radą prof. Sniegiriewa (por. Nr. 25. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.), postanowił użyć pary przy mniejszych operacyach na macicy i w celu przekonania się, jak działa gorąca para wodna na krew, puścił z przyrządu inhalacyjnego Siegla (po odjęciu kolanka pionowego a rozszerzeniu cewki parę na zewnątrz wyprowadzającej) parę na skrzep krwi ludzkiej. W jednej chwili pokrył się skrzep, jakby pławką koloru popielatego a przy dalszem działaniu pary ma ograniczone miejsce plewka ta grubiała a po minucie doszła do kilku milimetrów grubości.

Po tem doświadczeniu postanowiono przejść do prób na trzech kobietach, u których rozpoznanie było po kolei: 1) *endometritis* (*decidualis*) *post abortum et metrorrhagia;* 2) *catarrhus cervicis, ectropium, menorrhoea* i 3) *endometritis chronica, hypertrophia portionis vaginalis, erosiones.*

Parę otrzymywano naprzód z przyrządu Siegla (w sposób już podany zmienionego) a następnie ze sporego kociołka służącego do destylowania wody a manipulowano cewnikiem *au double courant* (Bozemana - Fritscha), dziurkowanym na końcu na kształt sita.

W przypadku pierwszym, gdy po wypłukaniu pochwy i macicy 5% kwasem borowym a następnie wyskrobaniu *(curettement)* wnętrza macicy krwawienie było obfite, wprowadzono po wypłukaniu skrzepów również kwasem borowym poza ujście maciczne cewnik maciczny, z kociołkiem parę wytwarzającym połączony. Para działała przez 50 sekund, ale już po kilku sekundach tego działania począł wypływać przez cewnik płyn ciemno-bronzowy, z początku dość obficie, potem coraz skąpiej. Po usunięciu za pomocą waty płynu z wziernika wprowadzono do pochwy gazę jodoformową, zalecono spokój i zostawiono chorą bez żadnych leków. W następnych dniach przekonano się, że krwawienie ustało zupełnie. W 10 dni po operacyi wydzielina była znów obfitsza, brudno szara, cuchnąca. Powtórzono przeto manipulacyę z parą przez $^1/_2$ minuty a w dwa tygodnie później opuściła chora szpital z wydzieliną w małej ilości i bezwonną.

W przypadku drugim wydzielina była bardzo obfita, za użyciem zgłębnika krwawienie. Po wyjałowieniu pochwy i przepłukaniu macicy 5% kwasem borowym wyskrobano ją w sposób zwykły. Krwawienie było bardzo obfite. Po wypłukaniu skrzepów wprowadzono poza ujście wewnętrzne cewnik maciczny, połączony z kociołkiem wytwarzającym parę. Parę tę puszczano przez $^1/_2$ minuty, poczem bardzo obficie poczęła wypływać krew zmieniona, ciemna. Przekonano się, iż para szybko się skrapla i w ogóle jest wilgotniejsza od użytej w pierwszym przypadku. Skrócono przeto przewód, łączący cewnik maciczny z rurką kociołka i poczęto mocniej ogrzewać kociołek, przez co para stawała się coraz suchszą. Po ponownem wprowadzeniu cewnika do macicy na 30 sekund krwawienie ustało wprawdzie zrazu, odnowiło się jednak wkrótce. Dlatego wyskrobano jeszcze raz szyję maciczną i użyto znów pary przez 15 sekund poza ujściem wewnętrznem, przez 30 sekund poza ujściem zewnętrznem. Krwawienie ustało wkrótce i już się więcej nie powtórzyło. Ponieważ w dalszym ciągu ukazała się znów wydzielina śluzowa, dosyć obfita i dosyć gęsta, przeto użyto jeszcze raz pary i to przez 50 sekund, poczem wydzielina zmniejszyła się co do ilości i stała się wodnistą.

W przypadku trzecim była wydzielina śluzowa obfita a na obu wargach znaczne nadżerki (*erosiones*), za dotknięciem się łatwo krwawiące. Po wyskrobaniu użyto pary przez $^1/_2$ minuty na wnętrze macicy; na nadżerki nie można było dłużej nad kilka sekund stósować pary, ponieważ rozgrzały się bardzo mocno tak cewnik metalowy, jak i dolna łyżka wziernika Neugebauerowskiego. Przebieg pooperacyjny podobny, jak w dwóch przypadkach poprzednich.

W dwa tygodnie później u tej samej chorej odjęto część pochwową metodą z przed czasów Simsa. Obfite krwawienie ustało rychło za użyciem pary. Zarazem wyskrobano wnętrze macicy i znów użyto pary przez $^1/_2$ minuty. Krwotok już więcej nie pojawił się.

Autor z tych trzech przypadków, jako zbyt drobnych nie wysnuwa wniosków stanowczych; sądzi wszakże, że

w razie sprawdzenia się twierdzeń Sniegiriowa myśl użycia pary jako środka aseptycznego i hemostatycznego rychło przyjmie się i dokona przewrotu w technice operacyjnej.

Z doświadczeń powyższych autora wypada, iż para sucha, przegrzana działa lepiej i pewniej, niż mokra, nasycona i że trzeba starać się o to, by działanie pary można dokładnie ograniczyć do danego miejsca.

W każdym razie twierdzenia Sniegiriewa co do hemostatycznego, aseptycznego i odwaniającego działania pary nie ulegają żadnej wątpliwości. (Osobna odbitka z *Kroniki lekarskiej*. Sierpień 1894).

— Zapisywanie bromoformu. Bromoform zawieszony w wodzie opada tak rychło na dno, iż odmierzenie ścisłe dawki jego jest niemożliwe. Chcąc go przeto przepisywać w mięszankach, n. p. *cum infuso ipecacuanhae*, należy sobie naprzód sporządzić gęstą zawiesinę z równych części oliwy i gumy arabskiej, do niej dodać bromoformu a potem dopiero zmięszać ją z oziębionym naparem ipekakuany. (*Pharm. Ztg.* 84. 1894).

— Z badania przez T. Geuthera rozmaitych win pepsynowych pod względem siły trawiącej wypada, że najlepszem jest esencya pepsynowa Scheringa w Berlinie, po niem idzie sok pepsynowy H. Dallmanna w Gummersbachu a na trzeciem dopiero jest miejscu wino pepsynowe, przyrządzone według przepisu 3-go wydaniu farmakopei niemieckiej.

— W miejsce jodoformu zaleca A. Pick w Nowym Jorku proszek składu:

139) Rp. *Mercurii sublimati* 0·012—0·02
Acidi borici 30·00
Acidi tannici 0·60
Sacchari lactis q. s. ad 60.00
M. f. p.

Sublimat trzeba naprzód należycie utrzeć z cukrem mlecznym a potem dodać resztę. Tannina nie jest koniecznie potrzebną. (*New York Med. Journal* 7. Kwietnia 1894).

— Brodnax zaleca chloral zewnętrznie: w ostrej sapce (*coryza*) pomazywanie oczyszczonej z wydzielin błony śluzowej nosa płynem:

140) Rp. *Hydratis chlorali* 0·50
Olei ricini 15·00

— W ostrem skrzywieniu szyi (*torticollis*) u dzieci zaleca Saint-Germain mazidło:

141) Rp. *Exti belladonnae* 4·00
Ttrae opii 15·00
Olei hyosciami 75·00
MDS. Zewnętrznie.
(*La semaine médicale.* 17. Listopada 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 6. Czerwca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 52.

1) Po załatwieniu kilku spraw bieżących przedstawił kol. Obaliński człowieka dotkniętego nader rzadką postacią chorobową, tak zwaną *myositis ossificans*. Chory ten, okazywany już w wielu klinikach i towarzystwach lekarskich niemieckich, jest mężczyzną 29-letnim, którego przeważna część mięśni, z wyjątkiem ściany brzusznej i przednich mięśni klatki piersiowej, tudzież rozrzuconych gdzieniegdzie grup mięśni na kończynach, jest zupełnie niepodatna i twarda jak kamień. Stwardnienie mięśni policzkowych niedozwala na otwarcie ust więcej nad wązką szparę, w skutek czego karmienie jest wielce utrudnione i odbywa się za pomocą zgłębnika. Chodzi ów człowiek z trudnością powłócząc nogi i opierając się na kiju. Godnem uwagi jest i to, iż popęd płciowy u niego jest znacznie rozwinięty.

2) Kol. Kryński okazuje chorego z kliniki chirurgicznej po resekcyi tymczasowej szczęki górnej. Jest to chłopiec 15-letni, który zgłosił się do kliniki z powodu trudności oddychania przez nos, bólu w lewej połowie twarzy i zwiększającego się jej obrzmienia. Badanie wykazało rzeczywiście większą wypukłość górnej części policzka po stronie lewej, niż prawej, nadto jamka skroniowa po tejże stronie pełniejsza, oko lewe nieco wysunięte ku przodowi. Palec wprowadzony przez jamę ustną wyczuwa niewielki guz wchodzący od strony lewej do jamy gardzielowej; badając wziernikiem lewą połowę nosa, widać polipowaty guz wchodzący od tyłu i zupełnie zatykający nozdrza. Wobec danych anamnestycznych rozpoznano nowotwór natury złośliwej, wychodzący z poza szczęki górnej z jamki skrzydło-podniebiennej i rozgałęziający się we wszystkich anatomicznych kierunkach: do jamki skroniowej, do oczodołu, do jamy gardzielowej i do nosa. Guzy tego rodzaju opisał dokładnie pierwszy Langenbeck i podał sposób operowania ich za pomocą tymczasowego wypiłowania szczęki górnej. Metoda ta stanowi rzeczywiście wielkie dla chorych dobrodziejstwo, gdyż, dając możność po resekcyi szczęki dokładnego wydobycia nowotworu, nie sprawia takiego zeszpecenia twarzy, jakie powstaje po stałem usunięciu szczęki górnej. Jednakże cięcie podane przez Langenbecka w kształcie płatu policzkowego, podłużnego z podstawą zwróconą ku nosowi ma tę wadę, że przecina wiele gałęzi nerwu twarzowego i wiele naczyń na policzku; wobec tego użył prof. Rydygier cięcia Nélatona, jak to już zalecał O. Weber. Po przecięciu skóry przecięto dłutem wyrostek nosowy szczęki górnej, dalej dolną ścianę oczodołu, wyrostki czołowy i skroniowy kości licowej, wreszcie wyrostek zębowy szczęki górnej, nadłamując jego przednią ścianę tak, aby uwolnioną szczękę wraz z płatem mięśnio-skórnym odwinąć ku przodowi nazewnątrz. Wtedy mocnemi nożyczkami odcięto przyczep guza w jamie skrzydło-podniebiennej od kości czaszkowych i wydobyto wraz z bocznemi rozgałęzieniami. Miejsce przyczepu do kości wypalono żegadłem Paquelina, poczem wytamponowano *fossa pterygopalatina* gazą, której końce wpuszczono do jamy gardzielowej, i wprowadziwszy wypiłowaną kość na miejsce, zaszyto ranę skórną. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i po kilku dniach wyjęto gazę przez usta. Rana zagoiła się *per primam* i dziś po kilku tygodniach widać tylko na policzku wązką bliznę barwy różowej, ciągnącą się wzdłuż dolnego brzegu oczodołu i w fałdzie noso-policzkowym naokoło skrzydła nosowego przez rynienkę wargi do ust. Z czasem i ta blizna zblednie i stanie się mniej widoczną.

3) Kol. Korczyński Ludomir miał odczyt p. t. Przyczynek do etyologii zapaleń opon mózgo-rdzeniowych. (Przeznaczony do druku w *Przeglądzie lek*).

W dyskusyi kol. Ponikło na podstawie doświadczenia swego zebranego podczas urzędowania, jako lekarz powiatowy w Krakowie kładzie nacisk na pewien związek, zachodzący między ospą a zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych. Dostrzegł on mianowicie podczas epidemii r. 1893/4, że w miejscowościach, nawiedzonych nagminną ospą jawiło się także zapalenie opon; czasem w jednej izbie równocześnie lub kolejno w odstępie kilku tygodni zjawiał się przypadek *meningit. cerebro-spinalis*, albo też w miejscowości, nawiedzonej przez ospę, po jej wygaśnięciu rozwijała się epidemia zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Pierwsze przypadki zapalenia opon w gminach wiejskich powiatu krakowskiego powstały w tak zwanych domach czeladnych w obszarach dworskich, domach urągających stanem swym najskromniejszym choćby wymaganiom higieny, które trzeba widzieć, aby módz mieć o nich należyte wyobrażenie. Przypadki, które zrazu podczas epidemii ospy rozpoznawał mówca jako *purpura variolosa*, okazały się potem zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych. Wreszcie sądzi mówca, że byłoby rzeczą korzystną zapisywać w przypadkach zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, czy ospa ochronna była szczepioną skutecznie, albowiem wiele okoliczności zwraca uwagę na pewien związek epidemiologiczny obu tych chorób. (Sprawozd. wł.)

Kol. Gluziński przypomina, że jeszcze w r. 1881. miał odczyt w Tow. lek. krak., w którym na podstawie zebranych dat starał się wykazać, jak zapalenie opon mózgo-rdzeniowych epidemicznie szerzyło się z biegiem lat od zachodu ku wschodowi a opierając się na przypadkach obserwowanych do tego czasu w szpitalu św. Łazarza, skreślił również obraz kliniczny i rozmaite postacie tej choroby. Obraz ten dzisiaj jest nam znany tak dokładnie, że do opisu jego trudno coś dodać. Na jeden szczegół pragnie kol. G. zwrócić uwagę, szczegół odnoszący się do białkomoczu (*albuminuria*), który prelegent uważa za

równorzędny z białkomoczem w innych chorobach zakaźnych; tymczasem ma on tutaj inny przebieg i klinicznie inne znaczenie.

Podczas epidemii, która pojawiła się w przeszłym roku w Krakowie a do dziś dnia występuje w przypadkach sporadycznych, można było widzieć, że w wielu razach rozpoczynała się choroba od bólu w okolicach lędźwiowych a wydzielony mocz nawet w kilka godzin po rozpoczęciu choroby zawierał sporo białka — w osadzie nieco ciałek czerwonych i wałeczki szkliste a jeżeli się doda, że chorzy ci zwykle wymiotowali, skarżyli się na mocny ból głowy a przypadków mózgo-rdzeniowych jeszcze nie było, to nie było dziwnem, że w przypadkach tych rozpoznawano często ostrą chorobę Brighta z przypadami mocznicy. Już na drugi lub trzeci dzień wyjaśniała się sprawa, bo albo występowały objawy charakterystyczne dla zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, albo, co ważniejsza, zmieniał się skład moczu, ilość białka malała lub znikała zupełnie a w osadzie nie było już ani ciałek czerwonych ani wałeczków mimo rozwijania się dalszego choroby. Przypadki podobne bardzo częste a kol. G. zwraca uwagę na okoliczności, pozwalające uniknąć błędu w rozpoznawaniu i zastanawia się, jak wytłómaczyć powstanie białkomoczu, odnosząc go do zboczeń w krążeniu nerek, powstałych przez podrażnienie ośrodka naczynio-ruchowego w rdzeniu przedłużonym. Sprawę tę, jak również obraz histologicznych zmian w mózgu i rdzeniu na podstawie badanych przez siebie 4 przypadków, zamierza kol. G. przedstawić na jednem z następnych posiedzeń. (Sprawozdanie własne).

Kol. Kwaśnicki. Statystyka lekarska ostatniej epidemii zapalenia opon mózgo-rdzeniowych została już zestawioną przez fizyka miejskiego, kol. Buszka i wkrótce te zajmujące liczby niezawodnie zostaną ogłoszone drukiem; co do topografii szerzenia się tej epidemii w Krakowie, dopiero zebranie poważnej liczby przypadków miałoby znaczenie sanitarne i naukowe. Jeśli symptomatologia nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych jest wogóle w wysokim stopniu nie jednaka, to już w wieku dziecięcym rozpoznanie bywa czasem nadzwyczaj trudne; pierwowzór książkowy należy u niemowląt do wyjątków. Drgawki i wymioty nie bywają silniejsze, niż przy występowaniu innych chorób, n. p. zapaleniu płuc, osutek i t. d.; jeśli nadzwyczaj wysoka ciepłota (41—42° C) i nieregularne tętno nie ostrzegą, dziecko może zemrzeć, zanim się rozpozna chorobę.

Co do zaraźliwości zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego, raz tylko miał mówca pozory czegoś podobnego, mianowicie: u jednej pani, mieszkającej przy ul. Łaziebnej chorowało dziecko na zapalenie opon, w rodzinie siostry tej pani, mieszkającej przy ul. Szlak, zachorowało również jedno dziecko na tęż samą chorobę; sądzi mówca jednak, że tu nie nastąpiło przeniesienie zarazka z osoby na osobę, lecz, że te dzieci, stykając się z sobą, zaczerpnęły zakażenia z tego samego źródła. Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych nagminne szerzy się, jak się zdaje, w tych samych okolicznościach, co dur brzuszny: widziałem w jednej rodzinie po 2 i 3 dzieci chorych, tak jak to bywa i w durze, ale tam, gdzie nie było żadnego odosobnienia, przenoszenia się choroby z dziecka na dziecko w jednej rodzinie mówca nie widział. W samym Krakowie przekonał się, że niektóre domy epidemia częściej nawiedzała; niemniej niektóre okolice bliższe błoni, Wisły i Rudawy dały większy kontyngens epidemii. Mieszkania parterowe, suterenowe, złe stosunki higieniczne i dyetetyczne, tak jak i w innych chorobach zakaźnych, ułatwiają szerzenie się epidemii. Charakter epidemii nie był tak złośliwy w Krakowie, jak we wsiach położonych w dolinie Wisły, gdzie bardzo często spostrzegano przypadki piorunujące, kończące się śmiercią w paru godzinach. Wogóle zdaje się, iż dobrobyt ekonomiczny i oświata są najlepszymi środkami do zwalczania epidemii zapalenia opon mózgo-rdzeniowych a są to okoliczności zasadnicze dla wszystkich chorób zakaźnych.

Wspomnieć także należy o formach poronnych zapalenia epidemicznego opon mózgo-rdzeniowych. Znane mi dwa przypadki w ciągu bieżącej epidemii, które wśród wybitnych objawów tej choroby, zakończyły się w ciągu kilku dni wyzdrowieniem. W jednym przypadku niebrakowało żadnego przypadu: ciepłota stała 39°.5—40°.0 C., wymioty przeszło 48 godzin niczem niedające się ukoić, ból głowy nadzwyczaj dotkliwy, ból w karku tak wyraźny, że 8-letnia dziewczynka nie mogła obracać głowy, senność, zez, podwójne widzenie, drżenie mięśniowe, oczy otwarte we śnie, zaparcie stolca; w ciągu trzeciego dnia ciepłota zaczęła opadać, czwartego stan był bezgorączkowy, a z nim znikły objawy mózgowe, bardzo wybitne i niewątpliwe. (Sprawozdanie własne).

Kol. Rosenblatt zwraca uwagę na tę okoliczność, że szczególnym trafem pojawia się każda epidemia zapalenia zakaźnego opon mózgowych i rdzeniowych w Galicyi najpierw w mieście Chrzanowie. Tam to pojawiła się ona najpierw w r. 1874, a epidemię tę opisał Dr. Benda, tam też w r. 1879 wystąpiła bardzo silnie, zanim w Maju dostała się do Krakowa, tam też i w roku zeszłym zaszły pierwsze przypadki już z początkiem Stycznia, gdy w Krakowie wykazał mówca pierwszy przypadek dopiero z końcem Stycznia 1893, a w Lutym widział już wiele przypadków z przebiegiem przeważnie śmiertelnym w bardzo krótkim czasie, bo jeden w przeciągu zaledwo kilku godzin. Od Stycznia 1893 r. do dnia dzisiejszego miał kol. R. sposobność widzieć przeszło 120 przypadków u dzieci, najwięcej i najpierw na Kazimierzu i Stradomiu, potem na Podgórzu i w ulicach: Topolowej, Krowoderskiej, Karmelickiej, Pędzichowskiej, Starowiślnej, wreszcie i w samem śródmieściu. Odpowiednią kartę, o jakiej kol. Ponikło wspomina, na podstawie swego materyału już wypracował i w pracy swej, którą wnet ogłosi, uwidoczni. Pokazało się, iż w niektórych ulicach a nawet w niektórych domach bardzo wiele pojawiło się przypadków, często za kilku nawrotami; czasem nietylko w mieszkaniach parterowych, wilgotnych, ale i na wszystkich piętrach. Z reguły jednak spostrzegał kol. R. przypadki te tylko u biedniejszej klasy mieszkańców, w mieszkaniach wilgotnych, niehigienicznie utrzymywanych, bardzo gęsto zaludnionych, szczególnie w notorycznych siedzibach zimnicy. Kilkakrotne przypadki w jednej i tej samej rodzinie nie należały wcale do rzadkości, bezpośredniego przeniesienia z jednego dziecka na drugie nie widział jednak nigdy. Natomiast widział wiele przypadków zapadnięcia dziewcząt do jednej i tej samej szkoły uczęszczających. Przeciwnie, jak kol. Ponikło, miał sposobność widzieć już 16. Marca 1893. bardzo typowy przypadek zapadnięcia dziecka w Chabówce. Co się tyczy rozpoznania, zwraca R. uwagę przedewszystkiem na dwie okoliczności: na nieregularność tętna w samym początku choroby i na tak zwany objaw Kerniga, oba te objawy pozwalały w przypadkach, w których ani skurczu karkowego, ani przeczulicy, ani podwyższenia ciepłoty, ani utraty przytomności nie było, na pewno rozpoznawać zapalenie opon mózgowych. Obok zbyt wygórowanej ciepłoty 41·0—do 41·5° a nawet w jednym przypadku piorunującego zapalenia, 42·3° tuż przed śmiercią widział R. przypadki, rozpoczynające się odrazu z a p a d e m po pierwszych wymiotach i ciepłotą od prawidłowej różną. Już przy sekcyach szpitalnych z r. 1879 miał mówca sposobność dostrzeżenia, iż wypocinę ropną można było wykazać nietylko w oponach samego mózgu i rdzenia, a tu szczególniej w miejscach zgrubienia szyjowego i lędźwiowego, ale także jeszcze i w pochewkach nerwów w dość znacznej długości. (Sprawozdanie własne).

Kol. Jakubowski dodaje słów kilka z powodu wyrażenia się kol. Gluzińskiego, iż symptomatologia zapalenia opon mózgo-rdzeniowych jest dziś tak zupełnie dokładnie znana. Z twierdzeniem tem nie może mówca się zgodzić. Zdarzają się przypadki o objawach szczególnie początkowych tak niezwykłych i zagadkowych, że niczem nie przypominają zwykłego początku choroby zapalenia opon, którą rozpoznać można na pewno dopiero w dalszym przebiegu. Tak n. p. w jednym przypadku, który miał mówca w swej obserwacyi, chłopiec kilkunastoletni, zwykle bardzo spokojny i skromny, raptem wracając do domu ze szkoły wskoczył na plantach na trawnik i zaczął zrywać róże. Odprowadzony do domu wkrótce dostał gorączki i wywiązało się zapalenie opon. W drugim przypadku pierwszym objawem choroby u chłopca także kilkunastoletniego było niespodziewane wypróżnienie mimowolne podczas siedzenia przy stole.

Kol. Wachholz wspomina o przypadku *meningitis cerebro spinalis epidemica*, jaki obserwował w zakładzie dla obłąkanych, z przeważającymi objawami mózgowymi, mianowicie z podnieceniem szałowem.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 27. Czerwca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 20.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Rydygier okazał trzy nowe maski do narkozy eterowej Wanschera, Czernego i Vajna, objaśniając ich użycie.

3) Kol. Raczyński przedstawił fantom Schlossarka, asystenta Wiederhofera, służący do wprawiania się w wykonywaniu intubacyi. Jest to odlew gipsowy popiersia dziecka; jama ustna, gardło i część krtani

odrobione są dość dokładnie, naśladując stósunki topograficzne tak, jak się one przedstawiają na żywem, szczęka dolna ruchoma. Fantomu tego używa profesor Jakubowski do demonstracyi na wykładach i przyznaje mu znaczne zalety.

4) Kol. Bujwid miał zapowiedziany wykład: O przymiotach dobrej wody i jej badaniu ze stanowiska współczesnej higieny (drukowany potem w Nr. 29. *Przeglądu lekarskiego*).

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Listopada 1894 r.

— **Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbyło dnia 21. b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem 1) Doc. Dr. Bossowski przedstawił z oddziału prof. Obalińskiego chorego, któremu po złamaniu uda założono opatrunek gipsowy do chodzenia. W dyskusyi przemawiał prof. Rydygier; 2) Dr. Tyszkiewicz podał trzy przypadki ze swej praktyki; 3) Dr. Nowak wyłożył rzecz o formalinie i jej zastósowaniu do utrwalania preparatów anatomicznych i bakteryologicznych. W dyskusyi zabierali głos proff. Kostanecki, Mars i Rydygier; 4) Dr. Haim miał zapowiedziany wykład o wodzie w studni pawilonu chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza i podał przy tej sposobności rezultaty badania bakteryologicznego wielu wód studziennych krakowskich. W dyskusyi zabierali głos: protomedyk Dr. Merunowicz, proff. Bujwid, Domański i Doc. Ponikło.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 19. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwykłe, na którem po załatwieniu drobnych spraw bieżących oświadczono się na wezwanie Sekcyi prawniczej Rady miasta za wniesieniem zażalenia do Trybunału administracyjnego w sprawie koncesyi prywatnym przedsiębiorcom czyszczenia dołów i kanałów nadać się mającej. nie przychylono się do wniosku urządzenia w Krakowie osobnego zakładu leczenia wścieklizny sposobem Pasteura a to ze względu na znaczne koszta z założeniem i utrzymaniem podobnego instytutu połączone a małą liczbę chorych w samem mieście Krakowie. Odczytano pismo Wydziału krajowego w sprawie oddziału chorób zakaźnych w krakowskim szpitalu św. Łazarza. W r. 1893. zaszczepiono krowianką w Krakowie 2283 dzieci. Koszt szczepienia wyniósł od osoby 7·3 centa. Stan sanitarny miasta jest obecnie bardzo pomyślny a śmiertelność zeszła w ostatnim tygodniu do 23‰. Ostatni przypadek cholery był 6. Października. Duru brzusznego i osutkowego prawie całkiem nie ma, natomiast trafia się płonica i zapalenie opon mózgordzeniowych po wsiach podmiejskich. W końcu poruszył r. m. Dr. Domański sprawę pieczywa w mieście sprzedawanego, używania konserwy wapiennej do wysypywania ulic i placów i potrzebę utrzymywania w porządku chodnika w pewnej części ulicy Kopernika, którą uczęszcza tak wielu lekarzy i uczniów medycyny udających się do kliniki i szpitali. P. Prezydent miasta obiecał wejrzeć w te rzeczy i złemu zaradzić.

— Redakcya berlińskich *Therapeutische Monatshefte* oświadcza na czele listopadowego zeszytu, że ostatnie publikacye w sprawie leczenia błonicy właściwą surowicą nie przyniosły żadnych nowych dowodów na poparcie sprawy i że jeszcze teraz nie można wyrzec stanowczego zdania o korzystnem działaniu przerzeczonego leczenia. Należy przeto rzecz dalej badać i doświadczać; wszakże już teraz widzieć trzeba ograniczenie skuteczności właściwej surowicy w dwóch okolicznościach, to jest, iż po drugim dniu choroby leczenie błonicy nie jest na pewno skuteczne i iż obecność streptokoków, tudzież inne powikłania wpływają niekorzystnie na skutek leczenia surowicą. W każdym razie podrażnienie publiczności w tej sprawie przez dzienniki polityczne, niezawodowe zaszkodziło sprawie.

— Od trzech miesięcy stan sanitarny Paryża jest nadzwyczaj pomyślny; ostre choroby zakaźne wyginęły prawie całkowicie a tygodniowo umiera o 100 osób mniej, niż zazwyczaj. Rzecz ciekawa, że podobnie pomyślny stan sanitarny utrzymuje się również w Londynie i w ogóle w południowo-zachodniej części Anglii, gdzie śmiertelność według dat z lat 1838 do 1883 średnio 20·2‰ spadła obecnie do 14·2‰, wynosząc w miastach 14·9‰ a po wsiach 12.7‰. Z wyjątkiem błonicy zmniejszyła się liczba przypadków wszystkich ostrych chorób zakaźnych.

— O skuteczności seroterapii w błonicy zdawałoby się, że świadczy okoliczność, iż w Paryżu było w Październiku r. b. 205 przypadków tej choroby z 24 przypadkami śmierci i że w szpitalach dziecięcych śmiertelność na błonicę zeszła do 14%.

— W Anglii wziął na siebie wyrabianie surowicy leczniczej przeciw błonicy zakład medycyny zapobiegawczej (*British Institute of Preventive Medicine*), zostający pod sterem znanego Listera i już teraz sprzedaje ową szczepionkę po cenie własnych kosztów, które wynoszą na dawkę od 50 do 70 feników, gdy w Niemczech takaż dawka kosztuje od 5 do 10 marek.

— Że ostrożnymi powinni być lekarze w wydawaniu świadectw i nie wydawać ich dla prostej grzeczności, dowodzi przypadek zaszły niedawno w Paryżu. Marynarz wojskowy zażądał i otrzymał od przełożonego urlop dla odwiedzenia swego wrzekomo umierającego dziadka. Po 8 dniach prosił o przedłużenie tegoż urlopu pod pozorem, że dziadek jeszcze nie umarł. Władzy wojskowej sprawa ta wydała się podejrzaną; zaczęto przeto dochodzić prawdy i dowiedziano się, że ów niby ciężko chory dziadek już od dwóch lat nie żyje. Tymczasem matka żołnierza wystarała się u swego lekarza domowego o poświadczenie, iż dziadek znajduje się ciągle w stanie niebezpiecznym. Na tej podstawie zaskarżono lekarza o wystawienie świadectwa fałszywego a sąd skazał go na trzy miesiące więzienia i 300 franków grzywny.

— **Konkurs**. Wydział powiatowy wadowicki rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Lanckoronie z roczną płacą 500 złr., bezpłatnem pomieszkaniem, ryczałtem na koszta podróży w kwocie 250 złr. i obowiązkiem utrzymywania apteki domowej. Termin podania się do 16. Grudnia r. b.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 16. b. m. w Kańczudze w 34-tym roku życia Dr. **Konrad Mieczysław Palka**, lekarz miejski. — Dr. **G. Zizold**, profesor bakteryologii we Wydziale lekarskim w Gwatemali. — Dr. **Włodzimierz A. Betz**, wysłużony profesor anatomii w uniwersytecie kijowskim. — Dr. **Rafał Calva**, profesor anatomii w Kartagenie w Kolumbii.

Redakcya otrzymała:

K. Szadek: O stósowaniu przetworów jodowych w przymiocie. (Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*)

A. Walentowicz: Przyczynek do powstawania promienicy. (Odbitka z *Przeglądu weterynarskiego*).

Tenże. Z psychologii zwierząt. (Odbitka z *Przeglada weterynarskiego*).

C. Uhma: O wstrzykiwaniu sublimatu wprost w żyły sposobem Baccellego. (Odbitka z *Medycyny*).

Tenże. Ueber die von Baccelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjektionen. (Odbitka z *Archiv für Dermatologie und Syphilis*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 30. Października 1894. l. 57413. rozpisuje Magistrat miasta Sambora konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w Samborze z płacą roczną 350 (trzysta pięćdziesiąt) złr. w. a.

Kompetenci na tę posadę mają wnieść do Magistratu miasta Sambora podania najdalej do 1. Grudnia 1894 roku i wykazać:

1) iż uzyskali stopień doktora wszech nauk lekarskich i
2) dotychczasową praktykę.

Magistrat król. woln. miasta.

Sambor dnia 10. Listopada 1894. 158—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 1. Grudnia 1894 r. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 86.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.

(Według wykładu w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

Obecny, od dwóch dziesiątków lat datujący się okres rozwoju chirurgii winien w historyi medycyny uzyskać nazwę okresu chirurgii brzusznej. Stworzone przez wprowadzenie antyseptyki i udoskonalone przez dzisiejsze postępowanie aseptyczne operacye śródotrzewnowe wynikami swymi zrobiły radykalny przewrót w wielu dziedzinach dotychczasowego lecznictwa.

Lecz nie sama tylko terapia odniosła ztąd korzyści; odbiły się one zarówno i na badaniach patologicznych, rzucając światło na wiele stron w patogenezie spraw chorobowych. Wśród nich błona otrzewnowa, o złożonych i ciekawych własnościach anatomicznych i fizyologicznych, groźna swemi sprawami chorobowemi i prawie niedostępna dotychczas wszelkim energiczniejszym zabiegom leczniczym, pierwsza stała się celem dążeń chirurgów. Że dążenia te są liczne, że umysły chirurgów pracują bez przerwy w tym względzie, świadczy o tem literatura chorób jamy brzusznej, mogąca rozmiarami swymi utworzyć dziś już wcale pokaźną bibliotekę.

Sprawy zapalne w otrzewnej i ich niezwykła doniosłość w patologii i terapii stają się zrozumiałe wtedy dopiero, jeżeli uprzytomnimy sobie te dwa szczegóły z anatomii i fizyologii: wymiary i zdolności czynnościowe. Według obliczeń Wagnera powierzchnia otrzewny równa się prawie dokładnie powierzchni zewnętrznej całego ciała: pierwsza wynosi 17.182 cm.², druga 17.502 cm.². Tak znacznej powierzchni odpowiada ogromna siła chłonna, dzięki której zdrowa otrzewna może wchłaniać nie tylko znaczne ilości płynu, lecz i drobne cząsteczki stałe, jak np. drobnoustroje. Siła ta jest w ścisłym związku z ruchami narządów jamy brzusznej; na pierwszym planie są tu ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego i ruchy oddechowe przepony; najmniejsze zboczenia w zakresie każdego z nich, zarówno jak i zboczenia w krążeniu wywołują zmniejszenie wchłaniania otrzewnowego, które może zejść do zera.

Szereg danych, zdobytych na drodze doświadczalnej, udowodnił, jak wielkie w patogenezie zapaleń otrzewny ma znaczenie sprawność każdego z tych czynników; z drugiej strony okazało się, iż powstanie tych zapaleń zależy od pewnej sumy działających wspólnie czynników chorobotwórczych (drobnoustrojów, wytworów chemicznych, ciał obcych), które wzięte z osobna, pomimo swych własności zapalnych dla innych tkanek, w otrzewnej zapalenia nie są w stanie wywołać. Zazwyczaj jeden z tych czynników gra rolę tylko chwili uspasabiającej, przygotowującej odpowiednio grunt, na którem rozwija się później właściwe zapalenie. Pierwszym takim czynnikiem bywają najczęściej wpływy termiczne, chemiczne lub mechaniczne a dopiero wśród zmienionych okoliczności, przez nie w otrzewnej wytworzonych, mają rozwijać się drobnoustroje i działać swoiście. Jeżeli więc w ogóle przyjmujemy, że na to, aby bakterye mogły osiedlić się w pewnem miejscu ustroju i rozwinąć swe działanie chorobotwórcze, trzeba tam pewnych stósunków miejscowych, pewnego usposobienia *(praedispositio)*, polegającego na zmniejszeniu się odporności tkanek miejscowej czy ogólnej, czy t. zw. *locus minoris resistentiae*, to okoliczność ta w pierwszym rzędzie dotyczy otrzewny.

Dzięki ogromnym zdolnościom chłonnym, siła odporna zdrowej otrzewny jest tak znaczna, że potrzeba dość energicznych czynników, zmieniających prawidłowe stósunki tkankowe, aby umożliwić powstanie n. p. ropnej *peritonitis.*

Wyniki te otrzymane na podstawie doświadczeń laboratoryjnych znalazły *mutatis mutandis* potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych, które przedstawiają tę cechę odmienną, iż strona etyologiczna częstokroć bywa w nich najciemniejszą. Przypadki kliniczne zapalenia otrzewny są wyłącznie prawie natury zakaźnej, wywołane dostaniem się tą lub inną drogą drobnoustrojów do jamy brzusznej.

Nie będziemy zastanawiali się obszerniej nad etyologią zapaleń infekcyjnych otrzewny; sprawa ta znajduje się w ścisłym związku z kwestyą powstawania zapaleń ropnych w ogóle i dostatecznie wyjaśnioną została szeregiem badań lat ostatnich, z pomiędzy których wspomnę tu tylko o pracach polskich w tej mierze, jak Bujwida[1]), Jakowskiego[2]), Janowskiego[3]), Karlińskiego[4]), Święcickiego[5]) i swoich[6]). Zajmujących się bliżej tą kwestyą odsyłam do wybornej pracy źródłowej Janowskiego[7]), wydanej w roku bieżącym.

Wyniki wszystkich tych badań przekonały nas dowodnie, że zapalenia ropne są zawze następstwem działania na tkankę pewnych ciał chemicznych, których przyroda może być rozmaita; w przypadkach klinicznych stanowią one zwykle wytwór działalności żywotnej drobnoustrojów.

Stwierdzenie zakaźnej natury zapaleń otrzewny przy dzisiejszych środkach bakteryologii klinicznej nie przedstawia żadnej trudności; dłuższy czas tylko zastanawiano się nad swoistością tych zapaleń, podając za wyłączną ich przyczynę kilka postaci drobnoustrojów. Dziś, kiedy musimy odrzucić swoistość ropienia w ogóle, kiedy upadł monopol ropotwórczy różnych odmian *staphylococcus* i *streptococcus*, ten sam los spotkać musi w tym względzie i zapalenia otrzewny.

Już sama mnogość postaci znajdowanych w wysięku zapalnym drobnoustrojów, których większość jest już dokładnie zbadaną, przemawia przeciw tej swoistości. Do spotykanych najczęściej należy laseczník *bacterium coli*, któremu przeto przypisywano ważną rolę etyologiczną w sprawach zapalnych w otrzewnej. Badania jednakże Tavela i Lanza[8]) dowiodły, że przedewszystkiem *bacterium coli* nie stanowi jakiejś postaci oddzielnej, lecz pojęcie zbiorowe mnóstwa spotykanych tu drobnoustrojów, w których odróżnili oni 31 gatunków, że nadto znajduje się wiele innych rodzajów drobnoustrojów w najrozmaitszych ze sobą połączeniach, drobnoustrojów, mających tu też niewątpliwie udział przyczynowy.

Czy poznanie czynników chorobotwórczych w zapaleniu otrzewny ma jakie następstwa praktyczne w lecznictwie? Niewątpliwie tak. Zbadanie natury tych czynników, sposobów, w jakie dostają się do otrzewny, stósunków, wśród których tam mogą się rozwijać, poznanie dokładne środków obrony ze strony tkanek ustroju, usuwanie wpływów, mogących je obniżać a dostarczanie wszystkiego tego, co podnosi ich siłę — oto zadania profilaktyki chirurgicznej, która dziś przy pomocy aseptyki zasłużone święci tryumfy. Co w tym względzie robi lub robić powinna terapia chirurgiczna, zobaczymy poniżej.

Leczenie zapaleń otrzewny, należące dotychczas do dziedziny medycyny wewnętrznej, dopiero w ostatnich czasach zaczęło przesuwać swój punkt ciężkości ku chirurgii. Dotyczyło to pierwotnie tylko otorbionych ropni w otrzewnej, które zgodnie z klasyczną zasadą *ubi pus, ibi incisio* otwierano na zewnątrz. Dopiero dobry wynik w kilku przypadkach ran drążących jamy brzusznej z następowem zapaleniem otrzewny skłonił do rozszerzenia wskazań do pomocy chirurgiczny. Wyznać należy, iż jednym z pierwszych, którzy się oświadczyli za laparotomią w celu leczenia zapalenia otrzewny, był Leyden[1]). Główna przyczyna różnicy zdań co do leczenia tkwi tu w trudnościach rozpoznania wczesnego odpowiednich postaci zapaleń otrzewny. I dziś pomimo uzyskania praw obywatelstwa leczenie chirurgiczne nie ma jeszcze określonych wskazań w oddzielnych postaciach *peritonitis*, co do których zdania są bardzo podzielone.

Różne postacie zapalenia otrzewny dzielono w najrozmaitszy sposób, stósownie do punktu widzenia, który brano za podstawę takiego podziału. Tak więc odróżniano rodzaje *peritonitis* na podstawie bakteryologicznej (Pawłowskij), klinicznej (Mikulicz), patologiczno-anatomicznej (Krecke), doświadczalnej (Fraenkel); wreszcie wspomniani powyżej autorowie Tavel i Lanz za podstawę swej klasyfikacyi biorą miejsce wyjścia sprawy zapalnej i odróżniają zapalenia otrzewny wychodzące: 1) z przewodu pokarmowego, 2) z wątroby i pęcherzyka żółciowego, 3) z nerek i pęcherza moczowego, 4) z narządów płciowych kobiecych, 5) zapalenia pooperacyjne, 6) zapalenia pochodzące ze krwi *(haematogene)*.

Żaden z tych podziałów nie jest ani ścisły naukowo, ani odpowiadający względom praktycznym. Dlatego też w celu przeprowadzenia oceny sposobów leczniczych, pozwolę sobie podać inny ich podział, cechujący się tem, że jego grupy z osobna obejmują przypadki, będące ze sobą w pewnym logicznym związku ze względu na postępowanie lecznicze. A mianowicie:

1) Zapalenia otrzewny powstałe wskutek uszkodzenia całości ścian narządów jamy brzusznej, czy to *a)* w następstwie odbywających się w nich spraw chorobowych *(ulcus ventriculi aut intestini*, *appendicitis perforativa*, *hernia gangraenosa*, *pyosalpinx c. perforatione* i t. d.), *b)* czy też działania urazu.

2) Zapalenia otrzewny towarzyszące sprawom chorobowym w narządach jamy brzusznej, bez naruszenia ich całości (*ileus*, *invaginatio*, *cholecystitis* i t. d.).

3) Zapalenia otrzewny zależne od przyczyn tkwiących po za jamą brzuszną lub bardziej oddalonych.

4) Zapalenia otrzewny bez dającej się określić przyczyny (t. zw. samoistne).

Zupełnie oddzielnie stoją zapalenia swoiste, gruźlicze, które też rozpatrzymy na końcu. Już przy pobieżnym przeglądzie każdej z tych grup nasuwa się sama przez się myśl o znacznej różnicy w postępowaniu leczniczem.

W przypadkach należących do I-ej grupy leczenie chirurgiczne dziś już chyba nie znajdzie wielu przeciwników, nawet pomiędzy najbardziej zapalczywymi zwolennikami postępowania wyczekującego. Jedynie

[1] Przegląd lekarski 1888. Nr. 12.
[2]) Gazeta lekarska 1887. Nr. 40. i 1892. Nr. 42.
[3]) Pamiętnik warsz. Tow. lek. 1889.
[4]) Przegląd lekarski 1888. Nr. 33—35.
[5]) Nowiny lekarskie 1893. Nr. 5.
[6]) Kronika lekarska 1889. Nr. 10 i 11.
[7]) Przyczyny powstania ropienia. (Przegląd chirurgiczny Tom I. Zeszyt 3. r. 1894).
[8]) Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Basel 1893.

[1]) Deutsche med. Wochenschrift. 1894. Nr. 17.

chyba rozpoznanie przyczyny zapalenia otrzewny może w niektórych przypadkach przedstawiać pewne trudności, lecz i pod tym względem zazwyczaj łatwo bywa się oryentować: rodzaj i umiejscowienie poprzedzającego cierpienia, uwięźnięcie przepukliny z charakterystycznymi objawami, nagłe pęknięcie guza — w przypadkach dłużej się ciągnących, wywiady zaś co do sposobu zranienia w przypadkach urazowych, rozstrzygają wątpliwości i zmuszają do jaknajrychlejszej laparotomii. Niekiedy w przypadkach zranień zupełnie świeżych objawy ze strony chorego są na razie tak mało znaczące, że zdaje się, nie wymagają tak dużego zabiegu, jak laparotomia; pomimo to nie należy i tu zwlekać, pamiętając, na jak wielkie niebezpieczeństwo naraża chorego każda godzina pozostawienia skaleczonego jelita w amie brzusznej i jak przez to pogarszają się szanse późniejszej, spóźnionej operacyi. Ciekawy przykład przedstawia pod tym względem jeden przypadek, leczony przed 2ma laty w naszej klinice. Przywieziono kobietę 50-letnią, której przed paru godzinami zadano dwie rany w brzuch ostrym nożem. Stan jej był tak dobry, iż sama zeszła z wozu i przeszedłszy przez kilkanaście schodów, prowadzących na salę operacyjną, mogła sama się rozebrać i położyć na stole operacyjnym. Profesor R y d y g i e r wykonał laparotomię, podczas której przekonaliśmy się, iż dwa te uderzenia nożem zrobiły o ś m dziur w jelicie cienkiem. Rany te zeszyto i chora zupełnie wyzdrowiała. Nietrudno sobie wyobrazić, co stałoby się z chorą, gdyby polegając na dobrym jej stanie, operacyę odłożono na później, aż wystąpią „poważniejsze“ objawy; niewątpliwie wówczas rokowanie byłoby o wiele gorsze. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza.

Kazuistyka wrzodów stwardniałych, poza częściami płciowemi postrzeganych i leczonych w oddziale chorób wenerycznych i skórnych od r. 1880.

Napisali

Dr. F. Krzyształowicz i Dr. T. Mayzel.

Wobec pojawiania się w każdym roku wielu prac i referatów w sprawie *infectio syphilitica primaria extragenitalis* sądzimy, że pożytecznem będzie podać do ogólnej wiadomości przypadki, wybrane z wielu tysięcy chorych, na kiłę leczonych od roku 1880. w szpitalu św. Łazarza.

Zachęceni przez Wgo Doc. Dra Zarewicza i rozporządzając wzorowo uporządkowanym materyałem z ostatnich lat kilkunastu, wybraliśmy ten temat, jako jeden z rzadszych i ciekawszych nawet dla niespecyalistów a w naszej literaturze tak skąpo tylko poruszany.

Nie chcąc obciążać niniejszego zestawienia niepotrzebnym zupełnie w tym razie balastem, nie przytaczamy tu tak wielkiej a przeważnie kazuistycznej literatury, która wprawdzie budzi wielki interes, ale tylko dla przypadków tamże wymienionych a nie dla kwestyi ogólnej.

Tablica poniżej podana wyjaśnia nam stosunek liczby wrzodów stwardniałych poza częściami płciowemi według lat i płci do ogólnej liczby wrzodów leczonych w oddziale w ostatnich 14-tu latach:

Rok	mężczyzn	kobiet	Razem	mężczyzn	kobiet	dzieci	Razem	%
1880.	42	24	66	—	2	—	2	3
1881.	80	41	121	3	1	—	4	3·3
1882.	58	28	86	3	2	1	6	6·9
1883.	34	15	49	3	—	—	3	6
1884.	26	8	34	—	—	—	—	—
1885.	28	16	44	1	—	—	1	2·3
1886.	35	28	63	1	1	—	2	3
1887.	42	25	67	3	1	2	6	8·9
1888.	45	15	60	3	3	—	6	10
1889.	42	27	69	—	6	1	7	10
1890.	38	24	62	3	1	1	5	8
1891.	33	22	55	1	11	6	18	32·7
1892.	49	48	97	3	7	4	14	14·4
1893.	61	40	101	1	2	2	5	5
	613	361	974	25	37	17	79	8·11

Razem wszystkich przypadków przez ostatnie 14 lat było 79, co daje w stósunku do wszystkich wrzodów stwardniałych 8·11% a to 25 mężczyzn czyli 31·6%, 37 kobiet czyli 46·8%, 17 dzieci czyli 21·6% ogólnej liczby 79. Przechodząc lata z osobna, widzimy, że % wzmaga się do roku 1883; w roku 1884. nie ma żadnego przypadku, od tego zaś roku % znowu postępuje, dochodząc w roku 1891. do wielkiej cyfry 18 na 55 wszystkich wrzodów, t. j. 32·7%[1]), odtąd zaś znowu opada tak, że w roku ostatnim było tylko 5 przypadków na 101 wszystkich wrzodów stwardniałych.

Nim jednak przystąpimy do przedstawienia swych przypadków, chcemy poruszyć kwestyę ogólnielszą, tyczącą się naszego tematu, t. j. kwestyę sposobu zarażenia.

Stanowczo już chyba dzisiaj nikt nie zgodziłby się z zapatrywaniami jeszcze XV. stulecia, w których sztuka lekarska przyczyny kiły, jak zresztą wszystkich chorób szukała w astrologii, jak to jeden z reprezentantów tej epoki Piotr Pinctor powiada: *Hic morbus non provenit solum a contagio, sed vera causa ejus fuit aliqua influentia stellarum.* Każdy autor już niedługo później, bo nawet z końcem tegoż wieku pomija teorye te ze śmiechem, przekonywając się na każdym kroku, w każdym przypadku o zarażeniu osoby jednej od drugiej przez przeniesienie jadu. Sądzono nawet swojego czasu, że wydzieliny fizyologiczne, jak mleko, ślina, mocz i t. p. mogą być zaraźliwemi; teoryę tę jednak obalono przez doświadczenie a wykazano, że jedynie krew może być źródłem zakażenia. Jak wiadomo, długo także, bo aż do początku tego wieku, utrzymywało się zdanie, że tylko wrzód stwardniały może przeszczepić kiłę; później dopiero wykazano również doświadczeniem, że i zmiany drugorzędne pod różnemi postaciami u drugiej osoby mogą wywołać wrzód stwardniały. Nie wiemy tylko dokładnie, kiedy kiła przestaje być zaraźliwą; to jednak wydaje się pewnem, że zmiany trzeciorzędne przeważnie jej nie przenoszą.

Nic więc dziwnego, że tak sposób jak i miejsce zarażenia pierwotne okazują wielką rozmaitość, z drugiej jednak strony zarażenia poza częściami płciowemi nie będą zbyt częste, jako zależne od bardzo wielu czynników a jakto sposoby tegoż zarażenia wskazują.

[1]) Odsetka tak wysoka pochodzi od rodziny z 5 osób złożonej.

Najpowszechniejszem jest zarażenie bezpośrednie, gdy osoba chora styka się pewną częścią ciała z osobą zdrową, usposobioną do przyjęcia jadu kiłowego. Sposób więc zarażenia tego bywa nadzwyczaj różny a w każdym przeszkodą dla jadu jest całość przyskórka, względnie przybłonka.

Najważniejszą przyczyną zarażenia bezpośredniego jest naturalnie obcowanie płciowe, o to jednak w naszych przypadkach nie chodzi, bo stósunek częstości zarażenia podaliśmy w powyższej tablicy a chcemy tylko przytoczyć inne, ogólniejsze przyczyny. Jednym z najczęstszych takich sposobów zarażenia jest na pewno pocałunek, co tak częste wywołuje wrzody na wargach ust, zwłaszcza, że one tak często mogą być pozbawionemi przybłonka. W jamie ust drugiem częstem miejscem są migdałki a to dlatego, że jad łatwo tam dostać się może ze śliną. Najważniejszą niezaprzeczenie przyczyną, że wrzody pierwotne w jamie ustnej są tak częste, są zmiany drugorzędne, tak pospolite w tem miejscu; przy lada więc sposobności może nastąpić zarażenie się wprost lub pośrednio a o sposobność tu wcale nie trudno.

Z tej przyczyny akt karmienia dzieci jest jednem ze źródeł przenoszenia się kiły z dzieci na mamki i odwrotnie. Z tego wyłania się nowa siedziba wrzodu pierwotnego, mianowicie sutki.

O zarażeniu się pośredniem mówimy wtedy, gdy między osobą kiłową a osobą przez nią zarażoną brał jeszcze udział jakiś trzeci czynnik, bądźto osoba, bądź rzecz. Są opisane w piśmiennictwie przypadki, w których przenośnikami kiły były rozmaite części ciała, jak prącie, sutek, ręka itp., gdy osoba przenosząca kiły nie dostała. Wspólne użycie pewnych sprzętów i naczyń bywa bardzo często źródłem pośredniego zarażenia się, bo przecież łatwo nabyc kiły, jedząc lub pijąc z wspólnych z osobą zarażoną kiłą naczyń; ztąd też łatwo wytłómaczyć sobie kiłę całej rodziny a nawet całe epidemie, szczególnie u ludzi biednych w niepomyślnych żyjących stósunkach. Nie trudno również zrozumieć nabycie kiły za pośrednictwem bielizny lub odzieży kiłowego.

W końcu wspomnieć należy o zarażeniu przez narzędzia chirurgiczne przy operacyach, przy szczepieniu ospy, jak dawniej ludzkiej, wreszcie przy żydowskim obrzędzie obrzezania.

Następna tablica wykazuje nam siedzibę wrzodu i częstość jego występowania co do miejsca u różnej płci:

Siedziba	mężczyzn	kobiet	dzieci	Razem
Wargi ust	5	8	7	20
Migdałek	2	3	1	6
Sutek	—	9	—	9
Pachwina	2	1	1	4
Wzgórek łonowy	2	—	—	2
Pośladek	—	4	—	4
Moszna	10	—	—	10
Wewn. powierzchnia uda . .	—	2	—	2
Ujście stolcowe	1	—	1	2
Rowek warg.-udowy	—	4	—	4
Miejsce nieznane	3	5	6	14
Prącie i warga wstydl.[1] . . .	—	1	1	2
	25	37	17	79

[1]) Te ostatnie dwa przypadki wspomniane dla swej rzadkości etyologicznej, o czem poniżej.

Przypatrzywszy się teraz tej tablicy, zwracamy uwagę że pierwsze miejsce co do częstości zajmują wargi ust, bo czwartą część wszystkich przypadków zwłaszcza, że znaczna część pod rubryką: miejsce nieznane zbudza wielkie podejrzenie na jamę ustną; w ogóle zaś są to przypadki, w których wrzodu na pewno wykazać się nie udało, jednak części płciowe jako ich siedzibę stanowczo wykluczyć można było. Drugie miejsce zajmuje skóra moszen dlatego, że przy spółkowaniu bardzo łatwo wystawia się na zarażenie. Częstem również usadowieniem są migdałki, choć znacznie rzedszem, niż wargi ust, następnie sutki, których 9 naliczyć można, później pachwiny, pośladek, rowek wargowo-udowy, wzgórek łonowy, uda, wreszcie ujście stolcowe.

Przechodząc teraz z osobna te usadowienia się co do płci, zajęcia i wieku, spostrzeżemy kilka charakterystycznych, bijących w oczy okoliczności. Na wargach ust widzimy wrzody u osób różnych stanów i różnego wieku; to też powstają one także w różny sposób. U pięciu mężczyzn wrzody powstały przez pocałunek, jak się zdaje, przy spółkowaniu; u kobiet, w połowie sposób nabycia nie jest pewnym, bo tyczy się kobiet, które oddają się nierządowi, reszta zaś są kobiety zamężne, zarażone czy to przez naczynia, których wspólnie używały z kiłowymi lub też od swych dzieci, które pielęgnowały. Dzieci nabywały kiły najczęściej od mamek przy karmieniu albo od rodziców lub służących, bądź to przy pielęgnowaniu, bądź też przez użycie tych samych naczyń do jedzenia i picia. U mężczyzn przyczyny wrzodów na migdałkach na pewne nie znamy; z kobiet za to dwie młode, zamężne nabyły wrzodów od swych dzieci zarażonych przez osoby otaczające; trzecia zaś dziewczyna zaraziła się od swej matki kiłowej, najprawdopodobniej za pośrednictwem jakiegoś naczynia.

U dziewięciu kobiet, u których znaleziono wrzody na sutku, dowiedziano się z anamnezy, że są to kobiety zamężne, które karmiły swoje lub obce dzieci zarażone przez otoczenie; jedna tylko dziewczyna zaraziła się przez pocałunek swego kochanka, skutkiem czego powstał olbrzymi wrzód na sutku powyżej brodawki.

U dziesięciu mężczyzn z wrzodami na skórze moszen można było prawie we wszystkich przypadkach wykazać spółkowanie jako przyczynę. To samo wyrazać można było tak u mężczyzn jak u kobiet z wrzodami na pośladkach (2 szwaczki i 2 prostytutki), w pachwinie, w rowku wargowo-udowym (3 prostytutki i służąca), na wzgórku łonowym (2 młodych wyrobników), na udach (2 służące) i około ujścia stolcowego. U dzieci etyologia w przypadkach z tą siedzibą wrzodu nie jest jasna zwłaszcza, że dzieci te przybywały do szpitala najczęściej już ze zmianami drugorzędnemi a tylko z wywiadów i pozostałości po wrzodzie można było sądzić o jego siedzibie.

Wejrzenie wrzodów i ich przebieg, jeżeli im nie towarzyszyły szczególne powikłania, nie różniły się niczem od wrzodów stwardniałych na częściach płciowych. Wrzody pierwotne na wargach lub w kącikach ust zajmowały zwykle dość duży obszar i dochodziły do wielkości czterech centów a trafiały się w różnych okresach rozwoju. Najczęściej przybywali chorzy już ze zmianami drugorzędnemi (jak to zresztą widzieli prawie wszyscy autorowie), wrzody zaś przedstawiały zwykle typowy obraz świeżych wrzodów stwardniałych, pokrytych strupem, po zdjęciu którego widać było albo płyt-

kie przeczosy lub głębsze owrzodzenia, w każdym jednak razie o podstawie chrząstkowato twardej, z otaczającem ją obrzmieniem odczynowem, nierzadko aż do wielkości jaja gołębiego dochodzącem, zwykle widoczne przy wywinięciu wargi na zewnątrz. W jednym przypadku wrzód nie ograniczał się tylko do wargi, ale obejmował całą wysokość wargi górnej, skrzydełka nosowe, przechodząc nawet na błonę śluzową nosa. Wypociną dławcową pokryte były dwa rozległe wrzody w kąciku ust, przechodzące na skórę i błonę śluzową policzków. Jeden przypadek wrzodu u 40-letniej służącej miał charakter wrzodu żrąco-zgorzelinowego, pokrytego tkanką nekrotyczną, który zniszczył wargę dolną aż do pół brody. Wrzody na wargach ust zwykle goiły się przy odpowiedniem leczeniu dość łatwo, pozostawał jednak długi czas ślad w postaci mięsistości i charakterystycznego ubarwienia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Co się zaś tyczy domysłu Hutchinsona, Zeissla, i innych, jakoby u matek, zakażonych kiłą od płodu, okres wylęgania się choroby przedłużał się na miesiące i nawet lata, temu stanowczo przeczą doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne; niekiedy wprawdzie widziano przypadki krótkiego trwania okresu wylęgania kiły (w przypadku Lindwurma[1]) pierwszy okres utajenia wynosił tylko 10 dni, w przypadku zaś Giberta[2]) drugi okres utajenia trwał 37 dni), ztąd jednak nie powinniśmy wnosić odwrotnie, jakoby okres wylęgania kiły mógł przedłużać się do kilku, kilkunastu miesięcy i nawet kilku lat. Zwykle długość pierwszego okresu utajenia kiły (okresu wylęgania) wynosi od 4 — 6 tygodni (Auspitz[3]), Sigmund[4]), drugi zaś okres utajenia trwa zwykle od 1—3 miesięcy (Auspitz[5]), Zeissl[6]), Kaposi[7]); zdarzają się wszakże niekiedy pewne wahania w obu kierunkach, np. w przypadku anonima pierwszy okres utajenia trwał 42 dni, w drugim zaś przypadku drugi okres utajenia kiły wynosił 107 dni[8]). Najdłużej trwał okres wylęgania w przypadkach Fourniera: 10 tygodni[9]), nigdy jednak nie widziano, iżby okres pierwszego utajenia kiły przeciągał się do kilku nawet miesięcy; czyż można więc przypuszczać, iż matki zakażone przez płód stanowią pod tym względem wyjątek? W przypadkach też Hutchinsona, Zeissla i innych zwolenników teoryi *choc en retour* nie znajdujemy na to żadnych dowodów. Należałoby raczej przyjąć, iż przenikanie przyrzutu kiłowego bezpośrednio do obiegu krwi u matki w przypadkach łożyskowego, zakażenia się kiłą powinnoby sprzyjać szybkiemu powstawaniu i rozwojowi kiły u matki, w skutek czego więc ogólne objawy kiły występowałyby wcześniej, niż zwykle.

Zwolennicy teoryi *choc en retour*, nie mogąc inaczej uzasadnić możliwości niezwykłego przedłużania się okresu wylęgania kiły, powołują się na analogiczne jakoby przedłużenie okresu pierwszego utajenia się choroby w przypadkach t. zw. kiły dziedzicznej spóźnionej (*syphilis hereditaria tarda*), lecz taki argument bynajmniej nie przekonywa, z tego chociażby względu, iż teorya kiły dziedzicznej spóźnionej nie opiera się również na pewnych, trwałych podstawach naukowych (Girtanner[1]), Rosen[2]), Baumler[3]), Fürth[4]), Autor[5]), Neisser[6]), Pellizzari[7]), Kassowitz[8]), Neumann[9]), Kaposi[10]) i inni.

Teorye więc Hutchinsona, Didaya i Zeissla, usiłujące uzasadnić, wytłómaczyć oraz udowodnić wsteczne zakażenie się matki kiłą od płodu, nie opierają się bynajmniej na przekonywających okolicznościach i dowodach, wskutek czego należy je zaliczyć do rzędu hipotez, nie mających żadnych podstaw.

Rozpatrzmy teraz anatomiczne i fizyologiczne stósunki, w jakich znajduje się płód ze względu na możliwość przenikania przyrzutu kiłowego przez łożysko do ustroju matki. Wiadomości nasze, tyczące się związku anatomicznego pomiędzy płodem a matką, są jeszcze dość szczupłe i niedokładne. Sądząc z tej okoliczności, iż naczynia krwionośne matki i płodu znajdują się w bardzo ścisłem zetknięciu i pętlice naczyniowe łożyska i macicy oplatają się wzajemnie, można byłoby przypuszczać bezpośrednie połączenie się krwi obiegów matki i płodu; o tem jednak wcale nie może być i mowy, ponieważ dwa te strumienie krwi są od siebie oddzielone przegrodą, składającą się z kilku błon. Według Reitza[11]) krew płodu oddzielona jest od krwi macierzyńskiej pięciu warstwami tkanek, mianowicie zaś: 1) ścianką żył kosmków błony doczesnej, 2) przybłonkiem słupiastym, pokrywającym kosmki błony wymienionej, 3) przybłonkiem płaskim, pokrywającym kosmki kosmówki, 4) błoną właściwą kosmówki i wreszcie 5) ścianką naczyń włosowatych płodu. Według znów Köllikera[12]) krew zarodka oddzieloną jest od obiegu krwi u matki warstwą tkanki łącznej i przybłonkiem kosmków, pomijając, ma się rozumieć, ścianki naczyń płodu i macierzyńskiej części łożyska. Bezwątpienia takie oddzielenie obu układów krwionośnych wskazuje na rozwój samoistny, osobny obiegu krwi u płodu.

Co się znów tyczy stósunku fizyologicznego, w jakim pozostaje płód do matki, oddawna już ustalił się pogląd, według którego płód — nie będąc w stanie samodzielnie odżywiać się podczas całego okresu życia śródmacicznego — otrzymuje całkowitą ilość materyału spożywczego od matki.

[1]) Auspitz. Lehre des syphilit. Contagiums. Wien 1866, str. 175.
[2]) Tamże str. 189.
[3]) Tamże str. 345.
[4]) Pitha und Billroths Chirurgie. H. Abth. 2. str. 213.
[5]) Auspitz, l. c. str, 345.
[6]) Lehrbuch der Syphilis. IV Aufl. 1882. str. 350.
[7]) Lehrbuch der Syphilis 1891. str. 116.
[8]) Canstatt's Jahresb. 1856. IV. str. 336.
[9]) Recherches sur l'inoculation de la Syphilis. Paris. 1865. str. 24.

[1]) Abhandlung über die venerische Krankheit. 1788. str. 433.
[2]) Behrend's Syphilidologie. 1861. III. str. 240.
[3]) Ziemssen's Handbuch. III. Bd. str. 228.
[4]) Wiener Klinik. 1879. str. 308.
[5]) Medycyna. 1884. 23.
[6]) Ziemssen's Handbuch. XIV. Band. I. Hälfte. str. 697.
[7]) Virchow's Jahresbericht. 1884. III. str. 575.
[8]) Jahrb. f. Kinderkrankheiten. 1884. XXI. str. 113.
[9]) Internation. klinische Rundschau. 1887. 15 str. 457—460.
[10]) Lehrbuch der Syphilis. 1890. str. 403—405.
[11]) Stricker. Gewebelehre. II. str. 1188.
[12]) Entwickelungsgeschichte. 1876.

Nowsze doświadczenia i poszukiwania najzupełniej potwierdziły słuszność powyższego poglądu, oraz wyjaśniły pewne szczegóły, wykazały jednak zarazem niejaką samodzielność płodu pod tym względem. Przeważną część materyału odżywczego otrzymuje płód połykając pewną część wody płodowej (M a r i g g i a [1]), Z u n t z [2]), P r e y e r [3]), W i e n e r [4]); H o f f m a n n [5]) i P r e y e r [6]) nie odmawiają też pewnego udziału mleku macicznemu w sprawie odżywiania płodu; E r c o l a n i [7]) znów orzekł, jakoby mleko maciczne stanowiło całkowitą ilość otrzymywanego przez płód pokarmu odżywczego; jak zaś wiadomo, mleko maciczne składa się z soku wydzielanego przez gruczoły w macicznej części łożyska znajdujące się. Niegdyś mniemano, iż płód otrzymuje od matki materyał spożywczy zupełnie gotowy, późniejsze jednak badania dowiodły mylności tego poglądu i wykazały zarazem, iż płód przerabia otrzymany pokarm surowy (V o l k m a n n [8]), B i s c h o f f [9]), V a l e n t i n [10]), nadto zaś doświadczeniami S c h w a r t z e g o [11]), S c h u l t z e g o [12]) i Z w e i f l a [13]) udowodniono oddechanie łożyskowego u płodu. Zweifel za pomocą analizy spektralnej wykazał obecność oksyhemoglobiny w naczyniach pępkowych. B a e r e n s p r u n g [14]), S c h a t z [15]), G u s s e r o w [16]) i H o f m e i e r [17]) utrzymywali, iż wymiana gazów i przeróbka materyału spożywczego odbywa się u płodu energicznie, dowodem czego wysoka ciepłota i wyraźne ruchy mięśniowe płodu, oraz obecność mocznika w moczu płodu; badania zaś P r o c h o w n i k a [18]) i W i e n e r a [19]) wykazały, iż u płodu odbywa się samodzielna i dość ożywiona przemiana materyi

Przenikania tlenu i innych gazów przez łożysko od matki do płodu dowiodły poszukiwania Z w e i f l a [20]), Maks. R u n g e g o [21]), Z u n t z a [22]), F e h l i n g a [23]) i K u b a s o w a [24]). Następnie wykazano na drodze doświadczalnej, iż pomiędzy krwią macierzyńską a krążeniem u płodu odbywa się wymiana gazów i substancyj płynnych, do dziś dnia jednak nie wyjaśniono, czy płód otrzymuje od matki materyał spożywczy w postaci gotowego białka, czy też ostatnie wytwarza się dopiero w ustroju płodu z wodanów węgla, tłuszczów i kwasu moczowego. Niektórzy autorowie przypuszczają, iż białko przechodzi od matki do płodu w postaci peptonów. Przejście płynów i roczczynów przez łożysko zostało udowodnionem dzięki badaniom i doświadczeniom F l o u r e n s a [1]), S p a e t h a [2]), R u n g e g o [3]), K r u c k e n b e r g a [4]), P o r a c k a [5]), D a u z a t s a [6]), B e y e r a [7]) i H a i d e n a [8]). Według A n d e r s o n a [9]) płód żywi się nie przez krążenie łożyskowe, lecz w pierwszych miesiącach otrzymuje materyał spożywczy z tkanek matki (jajowody, macica), następnie zaś z wody płodowej.

Przenikanie przez łożysko substancyj stałych teoretycznie przypuścić można tylko w prawidłowych stósunkach ciśnienia w obiegu krwi u matki: wprawdzie z doświadczeń, dokonanych nad brzemiennymi królikami i innemi zwierzętami przez R e i t z a [10]), C a s p a r e g o [11]), P e r l s a [12]), M a r s a [13]), P y l e g o [14]) wypada, iż cynober, emulsya kamforowa, ultramaryna, tusz, mleko i t. p. substancye mogą przejść przez łożysko. Inni znów autorowie przypuszczają możliwość przenikania przez łożysko tworów uorganizowanych (R a u b e r [15]), P r e y e r [16]), jakkolwiek go nie udowodnili. Spostrzeżenia kliniczne, tyczące się udzielania niektórych chorób zakaźnych przez matkę płodowi, potwierdzają pośrednie przejście drobnoustrojów chorobotwórczych przez łożysko. L e a l e [17]) i G o e t h [18]) dowodzą przejścia przyrzutu płonicy zimnicy przez łożysko. W przypadku D o h r n a [19]) matka, cierpiąca na plamicę krwotoczną, urodziła dziecię przedstawiające objawy tejże choroby; A l b r e c h t [20]) wykazał obecność spirochetów u płodu, pochodzącego z matki chorej na dur powrotny. Odnośnie do ospy mamy kilka spostrzeżeń, które dowodzą przejścia jadu ospowego z matki do płodu (F e l l e g e r [21]), S i m p s o n [22]), B a r n e [23]). K u b a s o w [24]) zaszczepił 17tu ciężarnym samicom zarazek czarnej krosty i wykrył u wszystkich płodów lasecznikı wąglika; doświadczenia zaś S t r a u s s a i C h a m b e r l a n d a [25]) wykazały, iż płód, pochodzący od samic chorych na czarną krostę, nie ulega tej chorobie a więc nabywa pewnej odporności względem wąglika. Wymienieni autorowie zresztą nie znaleźli lasecznika czarnej krosty we krwi tych płodów.

Z drugiej jednak strony nie brak też badań i spostrzeżeń, przeczących przenikaniu ciał stałych przez łożysko (F e h l i n g [26]), B i s c h o f [27]), J a s i ń s k i [28]), M i r o p o l s k a [29]);

---

1) Centralbl. f. d. medicin. Wissenschaften. 1874. str. 349—350.
2) Pflüger's Archiv f. Physiologie. 1878. XVI. str. 548.
3) Die specielle Physiologie des Embryos. Leipzig. 1885. str. 256—257 i 264.
4) Centralbl. f. Gynäkologie. 1883. 26.
5) Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk. 1882. VIII. 2. str. 258—289.
6) l. c. str. 267—270.
7) Sulla placenta e sulla nutritione de feti nell'utero. Bologna. 1869.
8) Müller's Archiv. 1841. str. 332—346.
9) Entwickelungsgeschichte d. Säugethiere und der Menschen. Leipzig 1842.
10) Lehrbuch d. Physiologie der Menschen 1850. II. str. 134.
11) Die vorzeitigen Athembewegungen. Leipzig. 1858.
12) Jenaische Zeitschr. f. Medicin und Naturwiss. 1868. IV. 3/4. str. 541.
13) Archiv f. Gynäkologie. IX. str. 291.
14) Pflüger's Archiv f. Physiologie. 1851, str. 126.
15) Archiv f. Gynäkologie. VII str. 336; XIX. str. 328.
16) Archiv f. Gynäkologie. 1872. str. 241.
17) Archow's Archiv. 1882. t. XXXIX. str. 493—536.
18) Archiv f. Gynäkol. 1877. XI. str. 304.
19) Tamże. 1884. XXIII 2. str. 183—214.
20) Berliner klin. Wochenschrift. 1874. 21.
21) Archiv f. experim. Pathol. und. Pharmakologie. 1879. X. str. 324.
22) Pflüger's Archiv f. Physiologie. XIV. str 605—627.
23) Beitrag zur Physiologie des placentaren Stoffverkehrs. 1877. str. 35.
24) Allgem. Wiener medizin. Zeitung. 1880. 7. December.

---

1) Comptes rendeus de l'Acad des Sciences. tr. str. 1010—1011,
2) Schmidt's Jahrbücher. 1845. 4. str. 18.
3) Centralbl. f. Gynäkologie. 1877. 5.
4) Archiv für Gynäkologie. 1883. XXII. 1.
5) De l'absorption des méd. par le placenta etc., Paris 1878.
6) Recherches sur la fréquence des battements du coeur du foetus. Thése. Paris 1879.
7) l. c. str. 211.
8) Russkaja medicina. 1885. 32.
9) Centralbl. f. Gynäkologie. 1885. 4. str. 64.
10) Sitzungsber d. Akad. in Wien 1878. LVII. str. 8—10.
11) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1877. str. 491—492.
12) Lehrbuch der allgem. Pathologie. Wien. 1879. II. str. 264—267.
13) Przegląd lekarski. 1880. 33. 34. 35.
14) Philad. medical Times. 1884. I. str. 711—715.
15) Ueber den Ursprung der Milch. Leipzig. 1869.
16) l. c. str. 216 i 218.
17) Medical News. Philad. 1884. 31. May.
18) Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkol. 1881. VI. str. 22—23.
19) Tamże. I. str. 477.
20) Deutsche medicin. Wochenschrift. 1880. 18. str. 141.
21) Schmidt's Jahrbücher. 1854. LXXXIV. str. 229.
22) Edinburgh medic Journal. 1860. VI. str. 448.
23) Schmidt's Jahrbücher. 1869. 5. str. 243.
24) C. R. de l'Acad. des sciences. 1885. str. 372—375.
25) Archives de Physiologie. 1883. 3 Sér. I. str. 436—470.
26) l. c. str. 19
27) Abhandl. der k. bayer. Akad. der Wissenschaften. 2 Classe. X. 1866. I. Abth. str. 117—166.
28) Virchow's Archiv. 1867. XL. str. 350.
29) Wracz. 1884. 46. str. 776—779.

doświadczenia zaś Bellingera[1]), Brauella[2]), Davaina[3]), Chouvaya[4]) i Urwicza[5]) stanowczo przemawiają przeciwko przenikaniu tworów uorganizowanych przez łożysko, w kierunku od matki do płodu. Najdonioślejszemi pod tym względem są doświadczenia Urwicza, gdyż tyczyły się posocznicy (*septicaemia*); jak wiadomo zaś, bakterye wymienionej choroby są nadzwyczaj drobne a więc najłatwiej mogłyby przenikać przez łożysko.

Przeciwko doświadczeniom dowodzącym przechodzenia stałych substancyj i tworów uorganizowanych od matki do płodu, można podnieść następujące zarzuty: 1) otrzymane na zwierzętach wyniki nie mogą być wcale przekonywającemi dla ustroju ludzkiego w obec znacznej różnicy w budowie anatomicznej, oraz wskutek niejednakowych stósunków fizyologicznych u zwierząt i ludzi; 2) w doświadczeniach na zwierzętach możliwe są rozmaite błędy i nieporozumienia, mogące prowadzić do mylnych wniosków; mianowicie bardzo łatwo przez pomyłkę uznać za cząstki cynobru, tuszu i ultramaryny inne ciałka, jakto wykazał Fehling[6]); poszukiwania zaś Miropolskiej wykazują, jak mało wiary wypada przywiązywać do wyników pomyślnych, otrzymanych przez rozmaitych autorów we właściwych doświadczeniach. Miropolska wstrzykiwała ciężarnym samicom cynober wprost do krwionośnych naczyń; następnie płody ich spalała i w pozostałościach szukała zapomocą elektrolizy rtęci. Wprawdzie w pierwszych ośmiu doświadczeniach znaleziono ślady rtęci, lecz po dokładnem sprawdzeniu okazało się, iż rtęć owa pochodziła z nieoczyszczonego kwasu siarkowego, użytego w doświadczeniach. Następne doświadczenia, przy których Miropolska posługiwała się już widocznie przetworami chemicznie czystemi, wypadły przecząco, bo rtęci wcale nie znaleziono. W obec tego zachodzi wątpliwość co do wyników doświadczeń, dokonanych przez Reitza, Casparego, Perla i innych; mianowicie znów powstaje pytanie, czy wyniki te nie zależały od przypadkowego zanieczyszczenia?

Biorąc pod uwagę powyższe dane, musimy przyjść do wniosku, iż możliwość przenikania stałych ciał i tworów uorganizowanych przez łożysko od matki do płodu nie jest dotychczas dowiedzioną. W stósunkach fizyologicznych łożysko wcale nie przepuszcza ciał stałych i uorganizowanych; co się zaś tyczy stósunków patologicznych, to chyba bardzo drobne cząstki, względnie zarodniki drobnoustrojów chorobotwórczych mogą wtedy przejść przez łożysko, u człowieka jednak może się to wydarzyć w wyjątkowo rzadkich okolicznościach, częściej zaś to się dzieje u niższych zwierząt a to ze względu na różnicę anatomiczną w budowie łożyska, które jest więcej złożonem u ludzi (Preyer).

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Deutsche Zeitschr. f. Thiermedicin. 1866. II. str. 441.
[2]) Blaise, de l'hérédité syphilitique. Paris. 1883. str. 17—18.
[3]) Recueil de médécine vétérin. 1868. str. 193.
[4]) Blaise, l. c. str. 17.
[5]) Wracz. 1885. 17. str. 276.
[6]) l. c. str. 19.

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Prus. **O działaniu na krew i wartości dyagnostycznej malleiny.** (Odbitka z *Przeglądu weterynarskiego*. Str. 60. Lwów 1894).

Liczne dotychczasowe, lecz prawie wyłącznie kliniczne obserwacye nad działaniem malleiny, skłoniły autora do ścisłego zbadania tego środka, celem wykazania jego wartości dyagnostycznej i zmian zachodzących we krwi pod jego wpływem. Z wyników licznych i mozolnych badań zestawionych na końcu pracy wypada przytoczyć jako najważniejsze:

1) Malleina płynna jak i sucha, w różnym stopniu rozcieńczona zapomocą fizyologicznego roztworu soli kuchennej, działa podobnie jak tuberkulina; rozpuszcza bowiem hemoglobinę, niszczy ciałka białe i wstrzymuje krzepnięcie; wstrzyknięta zaś podskórnie zmniejsza z początku przeszło dwa razy ilość ciałek białych, taki jednak stan zmienia się już po upływie 6-ciu godzin w ten sposób, że w miejsce ubytku nastaje tak znaczne zwiększenie się ich liczby, iż występuje wyraźna leukocytoza, dosięgająca *maximum* w 12 godzin. Równocześnie dostrzedz można także zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych (*erythropenia*).

2) Malleina mieści w sobie pirotoksynę, działającą na ośrodki termogenetyczne, wskutek czego po zastrzyknięciu tak podskórnem jak i śródżylnem, występuje podwyższenie lub obniżenie ciepłoty albo też *status quo ante*, stósownie do ilości pirotoksyny zawartej w malleinie. Najczęściej jednak spostrzega się hipertermię u takich zwierząt, u których są świeże nacieki nosaciznowe lub rozpadłe masy serowate.

3) Działanie malleiny w ogóle polega na zwiększeniu produkcyi limfy przez pobudzenie śródbłonka naczyń włosowatych, wskutek czego przyspieszony i spotęgowany prąd limfy zabiera z sobą pirotoksyny tamże nagromadzone i doprowadza je do krwi; — w krwi zaś sumują się te pirotoksyny z pirotoksyną w malleinie zawartą i od ich ilości zależy efekt zadziałania na środki termogenetyczne. Jeżeli ilość połączonych pirotoksyn jest nieznaczną, to ciepłota nie zmienia się: jeżeli zaś jest znaczniejszą, to następuje podrażnienie ośrodków gorączkotwórczych i ciepłota podwyższa się, a gdy suma pirotoksyn będzie bardzo wielką, to dostrzedz można obniżenie się ciepłoty wskutek porażenia tych ośrodków.

Na podstawie tych wyników, opartych na własnych doświadczeniach, nie przyznaje autor malleinie żadnej wartości dyagnostycznej wbrew zapatrywaniom przeważnej liczby klinków weterynarskich.

Cała praca ściśle naukowo przeprowadzona, z uwzględnieniem najnowszej literatury patologii krwi, wyjaśniająca niektóre kwestye jak n. p. powstawania leukocytozy, jest nietylko uzupełnieniem co do działania malleiny, lecz przedewszystkiem stanowi bardzo ważny i cenny przyczynek do patologii krwi. *Dr. Walentowicz.*

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Aby zniszczyć zawarte w piwie (butelkowem) komórki drożdżowe i w ten sposób ograniczyć następową fermentacyę a przez to piwo uczynić trwalszem i zdolnem do dłuższego przechowania, stósujemy tak zwaną *pasteryzacyę*. Metoda ta, przez Pasteura podana polega na ogrzewaniu flaszek z piwem, dobrze zakorkowanych w odpowiednich aparatach do ciepłoty 36⁰—40⁰ C. a jeżeli chcemy drożdże w piwie pozostałe zniszczyć zupełnie, nawet do ciepłoty 50⁰ C. i 75⁰ C.

przez najmniej pół godziny. Komórki drożdżowe obumierają w tej ciepłocie i giną a następowa fermentacya piwa we flaszkach staje się niemożebną, albo przynajmniej tylko bardzo powoli postępować może. Piwo pasteryzowane można przewozić na znaczne odległości; zdolne jest też ono wytrzymać w transporcie wysoką ciepłotę bez szwanku. Przy pasteryzowaniu pęka zawsze pewna ilość flaszek, skutkiem czego piwo pasteryzowane musi być droższem. Mocne pasteryzowanie zmienia nieco smak piwa, który może stać się nieco mdłym, słabsze zaś pasteryzowanie, zmierzające tylko do ograniczenia następowej fermentacyi zaleca się ze względów higienicznych. Rekonwalescenci, osoby wrażliwsze i skłonne do nieżytów jelitowych daleko lepiej znoszą piwo pasteryzowane. O ile mi wiadomo, piwo żywieckie flaszkowe, do rozsyłki przeznaczone zawsze bywa pasteryzowane, także piwo okocimskie do eksportu przeznaczone; ztąd piwa te dają się dłużej w czystości utrzymać, zachowując przejrzystość i nie wytwarzając nadmiaru kwasu węglowego, który częstokroć sprawia nader obfite burzenie i wykipianie piwa w drożdże obfitego po otwarciu flaszki. Również należy zwracać uwagę na czystość korków służących do zatykania flaszek z piwem, sprawdzono bowiem, że bywają nieraz przyczyną nieprawidłowego kiśnienia piwa. Dla objaśnienia, o ile piwo mętne można dopuścić do konsumcyi, przytoczę uchwałę w tej mierze powziętą przez Wolne Stowarzyszenie praktycznych Chemików bawarskich, która brzmi jak następuje [1]):

1) Piwa lekkie, pospiesznie wyrobione nie powinny zupełnie zawierać w sobie drożdży, t. j. drożdże nie powinny w nich być w zawiesinie i sprawiać, chociażby najlżejszego zamglenia.

2) Piwa nieco mocniejsze, zresztą bez zarzutu wyrobione, można mimo obecności lekkiego zamglenia drożdżowego dopuścić do konsumcyi, zamglenie jednak nie może pod żadnym warunkiem dosięgać tego stopnia, aby piwo po 24-o godzinnem pozostawieniu go w ciepłocie pokojowej w formie widocznego gołem okiem osadu wydzielało drożdże.

3) Wszelkie, więcej zamglone, zmętniałe piwo, które po dłuższem odstaniu wydziela osad drożdżowy, należy odrzucić jako niezdrowe.

4) Za zupełnie zepsute należy uważać piwo, które oprócz drożdży zawiera bakterye.

Jakiemu piwu należy oddać pierwszeństwo pod względem higienicznym, czy piwu w rodzaju piw bawarskich, o pełnym smaku, barwie ciemnej, czy piwu jasnemu w rodzaju piw czeskich? W pierwszem przeważa ilość składników słodu, maltoza wraz z dekstryną i substancye białkowate a mniej występuje wpływ składników chmielu, ztąd piwo to więcej odżywia, lecz mniej pokrzepia; w piwach jasnych odwrotnie przeważa goryczka chmielu, tłumiąc smak właściwy składnikom słodu; piwa bawarskie czynią wrażenie płynu gęstszego, jakby nieco klejkiego, piwa czeskie sprawiają w piciu wrażenie płynu więcej wodnistego. Oba rodzaje piw, jeżeli są dobrze i z dobrych materyałów przyrządzone i czyste, odpowiadają wymaganiom higienicznym; jest to więcej rzecz smaku i mody, czy komu więcej jeden lub drugi rodzaj dopisuje. Jabym ze względu na większą ilość goryczki chmielu, na mniejszą ilość wyciągu, zatem mniejszą gęstość oddał pierwszeństwo piwom jasnym czeskim; te bowiem działają poniekąd w sposób podobny do środków gorzkich i w miernej ilości użyte wpływają korzystnie na sprawę trawienia i pobudzają więcej łaknienie. Jednak wiele tu znaczy przyzwyczajenie a w przenoszeniu jednej odmiany piwa nad drugą nawet po prostu suggestya.

Wszakżeż na suggestyi też polega zwyczaj podawania piwa ciemnego w naczyniach nieprzeźroczystych, glinianych, kamiennych i porcelanowych, piwa zaś jasnego w naczyniach szklanych przeźroczystych. Co do piwa butelkowego jednak, to stósowniej je przechowywać w flaszkach ciemnych, nieprzeźroczystych; światło bowiem niekorzystnie wpływa na skład piwa. Ciepłota piwa winna być od 6^0-7^0R; piwa jasne, szczególniej w ciepłocie wyższej tracą na smaku; piwa „pełnego smaku", ciemne mogą być podawane nieco cieplejsze, od 6^0-8^0 nawet 9^0R.

Najodpowiedniej jest czerpać piwo wprost z beczki w piwnicy do naczyń; dla wygody jednak używa się w wielu handlach przyrządów ssąco-tłoczących do wyciągania piwa z beczek, w piwnicy przechowanych do ubikacyi wyższych, na konsumcyę przeznaczonych. Przyrządy te lubo praktyczne, zwłaszcza rury prowadzące należy w starannej czystości utrzymywać; inaczej bowiem piwo kwaśno oddziaływające rozłoży cząstki metalu n. p. miedzi, cynku, które potem z łatwością w piwie wykryć można a nierzadko nawet obecność metali w piwie zdradza się smakiem. Nadto skutkiem osadzania się w rurach drożdży, żywicy z chmielu i soli następuje rozkład piwa i kiśnienie nieprawidłowe, co czyni piwo wprost szkodliwem. Dlatego też w państwie niemieckiem obowiązują bardzo ścisłe i szczegółowe przepisy lekarsko-policyjne, odnoszące się do rodzaju przyrządów ssąco-tłoczących, uwzględniające sposób, w jaki odbywa się tłoczenie, sposób czyszczenia rur t. t. p. W państwie austryackiem niema tak dokładnych w tej mierze przepisów a kontrolę rzeczonych aparatów wykonywają powołane do tego organa na podstawie ogólnych rozporządzeń i wskazówek lekarsko-policyjnych.

Piwo butelkowe różni się od piwa beczkowego tego samego gatunku przedewszystkiem większą ilością gazu kwasu węglowego i większą nieco ilością alkoholu, które pomnożyły się skutkiem następowej fermentacyi piwa w butelce. Ztąd piwo beczkowe jest nieco lżejsze i strawniejsze.

Powyższe uwagi potwierdzają, że dobrze przyrządzone piwo jest nietylko najhigieniczniejszym względnie napojem wyskokowym, lecz zarazem pokaźnym środkiem odżywczym. To też w państwach nie rozporządzających taniem winem a w ostatnich latach także i w tych państwach, jak n. p. we Francyi, piwo rozpowszechniło się a jego konsumcya wzrasta z każdym rokiem.

Piwo w Niemczech czyni korzystną ze względów higienicznych konkurencyę wódce a i we Francyi powoli współzawodniczyć zaczyna z winem. Następujące tablice objaśniają produkcyę tudzież konsumcyę piwa w różnych państwach i różnych krajach państwa austryackiego.

Przegląd produkcyi i konsumcyi piwa w państwach piwo produkujących w r. 1886.

Państwo	Produkcya piwa w hektolitrach	Podatek brutto w zł. w. a.	Przypada na jednego mieszkańca piwa na rok litrów	W przybliżeniu zużywa się do fabrykacyi piwa	
				jęczmienia	chmielu
Austro-Węgry	12651964	23333603	33·3	3300000	45000
Niemcy północne . . .	24290689	11049026	66·2	6200000	90000
Bawarya	13090142	17258752	247·5	3900000	58000
Wirtembergia	2878754	3510600	152	860000	14500
Badeńskie	1244485	1991176	82·4	360000	5000
Alzacya i Lotaryngia .	690718	765030	45	185000	3000
Wielka Brytania . . .	45500000	86700000	129	12800000	325000
Belgia	100000000	5400000	158	2300000	30000
Francya	8009922	8700000	21	1800000	35000
Niderlandy	1800000	756000	31·4	450000	6000
Dania	1800000	—	90	480000	6000
Szwecya	80000	—	18·3	230000	2500
Norwegia	500000	1743750	40	145000	2000
Rosya . . . . . . , .	3400000	7549000	3·9	950000	15000
Szwajcarya	950000	—	31·6	260000	3500
Włochy	145300	756200	0 57	50000	700
Serbia	100000	48000	0·52	25000	450
Stany Zjedn. Ameryki północnej	29145000	44800000	58	8200000	85000

[1]) Repertorium für analytische Chemie 1886. München.

Produkcya piwa w Austryi:

Kraj koronny	Ilość browarów w ruchu	Produkcya		Podatek	
		Ilość hektolitrów	Przypada na głowę	W ogóle w złr. w. a.	przypada podatku na głowę w centach w. a.
Austrya górna	80	2562756	120	4266687	175·74
Austrya dolna	235	774156	115	1460477	190 77
Salcburg	59	278857	170	543869	333·57
Czechy	791	5257287	97	8970863	140·65
Morawa	168	1062713	51	1881320	86·86
Szląsk	47	258742	50	466497	80·77
Galicya	169	639922	9	1049116	16·80
Bukowina	7	50022	8	96766	16·03
Styrya	68	613741	56	1321264	107 13
Karyntya	94	145460	41	287931	81·78
Kraina	7	60586	13	136904	27·81
Gorycya i Gradyska . .	2	1065	0·4	2457	0·37
Węgry	109	630135	4·5	1326178	9·22
Tyrol i Przedarulania . .	146	255186	27	508568	55·91
Ogółem 1886. . .	1982	12591631	36	23318897	61·50
Ogółem 1885. . .	2020	13155246	36	24357402	65 00
W roku 1886. więcej .	—	—	—	—	—
mniej .	38	563615	—	1038505	3·50
Tryest	2	52900	51	—	—
Bośnia i Hercegowina .	7	7443	—	14706	10·89

Tablica powyższa wykazuje, iż w Galicyi i na Bukowinie, konsumcya piwa jest najmniejszą, gdyż tylko 9 względnie 7 litrów rocznie na głowę; w sąsiednim zaś Szląsku już przypada na głowę 50 litrów, w Czechach 97 litrów a w Salcburskiem aż 170 litrów. Z krajów państwa Austryackiego, jedna tylko Gorycya ustępuje Galicyi co do ilości piwa rocznie spotrzebowanego; w Gorycyi bowiem jest podostatkiem taniego wina. Z państw wchodzących w skład Cesarstwa Niemieckiego przoduje co do konsumcyi piwa Bawarya z bardzo wysoką cyfrą 247 litrów na głowę. (Dokończenie nastąpi).

Chirurgia.

Mikulicz: **Chloroform czy eter?**

M. zachęcony świetną dla eteru statystyką Gurlta zaczął go używać w swej klinice, wkrótce jednak wrócił znowu do chloroformu.

Przyczynę tego podaje w niniejszej pracy. Stósował narkozę eterową w 80-ciu przypadkach. Trzy razy widział asfiksyę podczas narkozy. Wszystkie trzy przypadki skończyły się wprawdzie dobrze, ale w każdym razie dowodzą, że tak niewinną i zupełnie nieszkodliwą narkozy eterowej nazwać nie można. Daleko jednak większe są niebezpieczeństwa, które chorym grożą po narkozie. Dwa razy wystąpił po narkozie zapad, z którego dopiero po zastósowaniu sztucznego oddychania i wstrzyknięciu kamfory udało się chorych uratować, cztery razy ostre zapalenie oskrzeli, dwa razy zapalenie i obrzęk płuc.

Te ostatnie są zdaniem M. najgroźniejsze. M. powołuje się na Papperta, który zestawia z piśmiennictwa 7 przypadków obrzęku płuc zakończonych śmiertelnie i to w kilka do kilkunastu godzin po operacyi, jeden nawet dopiero po 32 godzinach. P. zebrał z samej statystyki Gurlta 8 przypadków narkozy eterowej, zakończonych śmiercią w jakiś czas po narkozie, jeden w skutek obrzęku płuc, dwa w skutek zapadu, pięć z zapalenia płuc.

Jeżli się uwzględni te przypadki, w których śmierć zaszła wprawdzie nie podczas samej narkozy, ale jednak w skutek narkozy lubo później, to sama statystyka Gurlta przedstawi się inaczej a mianowicie pokaże się, że po narkozie eterowej jest śmiertelność 1:1167 a chloroformowej 1:2647.

M. nie chce jednak na podstawie tego twierdzić, żeby eter był niebezpieczniejszym od chloroformu, gdyż nie uwzględniano dotąd w statystyce, czy i w skutek chloroformu później śmierć nie następowała, ale oświadcza, że trzeba na te wszystkie okoliczności zwrócić uwagę a wtenczas dopiero będzie można dojść do pewniejszych wniosków; obecnie zaś jeszcze nie udowodniono, żeby eter był mniej szkodliwym od chloroformu.

Co się tyczy samej narkozy chloroformowej, to M. bardzo zaleca operowanie w połowiczej narkozie, uważając, że taka narkoza jest bezpieczniejsza a w wielkiej liczbie przypadków wystarcza. *(Berliner klin. Wochenschrift.* 46. 1894).

Dr. Rościszewski.

Choroby zakaźne.

W. Kolle: **Utrzymywanie się laseczników przecinkowych w stolcach rekonwalescentów z cholery.**

Podczas epidemii w Szczecinie w 1893. r. badał autor bakteryologicznie mnóstwo wypróżnień osób zapadłych na cholerę lub z niej ozdrowiałych i przekonał się, że jakkolwiek często nie można było wykazać lasecznika przecinkowego już po 8, 12 lub 20 dniach, nieraz bywało i przeciwnie tak, iż znacznie dłużej, w jednym przypadku nawet po 48 dniach, rachując od rozpoczęcia się choroby, utrzymywały się laseczniki przecinkowe w wypróżnieniach stolcowych, chociaż osoby, które je oddawały, były na pozór zupełnie zdrowe.

Podobną okoliczność wykrył Doenitz podczas epidemii w Bonnie w r. 1893.

Wykrycie tych stósunków ma wielkie znaczenie praktyczne, ponieważ okazuje, iż osoba na pozór całkiem ozdrowiała może szerzyć cholerę a po przeniesieniu się na inne miejsce nawet w siedm tygodni od zasłabnięcia dać powód do pojawienia się małych ognisk epidemicznych, których powstanie nieraz tak trudno wytłómaczyć. (*Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten* VIII. I. 1894). *R.*

Epstein: **Gnilna błonica wrzekoma** *(pseudodiphtheritis septicaemica).*

U osesków w pierwszych tygodniach życia zdarzają się choroby gardła, bardzo podobne do błonicy, kończące się śmiertelnie a będące tylko częściowym objawem ogólnej gnilicy. Miejscowo znaleść można na miękkiem podniebieniu, języczku, migdałkach aż ku nosowi rozszerzającą się wypocinę włóknikową, nie różniącą się pod względem budowy histologicznej od prawdziwej błonicy, lecz nie zawierającą prątków Löfflera, tylko nader liczne gronkowce i paciorkowce. Zmiana ta w gardle jest tylko następowym objawem zapalenia kiszek gnilno-ropniczego, przeniesionym drogą układu krwionośnego. *(Berl. klinische Wchschft.* 42, 1894*).*

Dr. B. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

— I. Neumann (w Wiedniu). Kiedy należy rozpocząć leczenie kiły *(syphilis)*? Prosta logika kazałaby odpowiedzieć: jak najwcześniej! Ponieważ wszakże jad kiłowy potrzebuje pewnego czasu do wywołania właściwej zmiany początkowej, przeto przed upływem dwóch tygodni rzadko będzie można wykazać zarażenie się kiłą, wyjąwszy, gdyby można skonfrontować zarażonego z osobą, która go zaraziła. Dlatego wskazanem jest w każdym razie wypalenie chemiczne czy termiczne ranki, przeczosu i t. p. powstałych po nadarzeniu się sposobności do zarażenia się, przyczem oczywiście nieraz to wypalenie odbywa się niepotrzebnie.

Teoretycznie należałoby się spodziewać, że wczesne zniszczenie jadu kiłowego w miejscu wtargnienia jego do

ustroju, powinno zapobiegać ogólnemu zakażeniu kiłowemu. Doświadczenie wszakże pokazało inaczej, pokazało mianowicie bowiem, iż wypalenie miejsca podejrzanego nawet w 12 godzin po zarażeniu się (Berkeley Hill) nie zapobiegło ogólnemu zakażeniu kiłą. Tem bardziej oczywiście tyczy się to przypadków z wybitnem stwardnieniem *(sclerosis)* miejscowem, co zgadza się ze spostrzeżeniami Fourniera, który przy sekcyi 3 osób zmarłych w 6. do 9. dniu po zarażeniu się, znalazł właściwe obrzmienie gruczołów limfatycznych nie tylko w pachwinie, ale i w dole biodrowym *(fossa iliaca)* a nawet w miednicy, a to tłómaczy nam dostatecznie najzupełniejszą nieskuteczność miejscowego wypalania.

Wobec tego próbowano innego sposobu zapobiegania ogólnemu zakażeniu kiłowemu, t. j. wycinano początkowe stwardnienie. W tej mierze robiono dużo doświadczeń, w których brali udział między innymi także Chądzyński, Krówczyński i Watraszewski. Jakkolwiek do dziś dnia nie ma ogólnej zgody co do znaczenia terapeutycznego wycięcia pierwotnego stwardnienia, to jednakowoż niema zapewne już teraz nikogo, któryby się łudził, iż po wycięciu pierwotnego stwardnienia można zapobiedz ogólnemu zakażeniu, tembardziej, iż Bummowi udało się kiłę przeszczepić płynem wyciśniętym z obrzmiałych skutkiem kiły gruczołów limfatycznych.

Co więcej, pokazało się nieraz, iż po wycięciu początkowego stwardnienia ze skórą na pozór przynajmniej prawidłową i to wycięciu w znacznym obszarze na ranie ledwo co zabliźnionej występowało na nowo stwardnienie tak, iż oczywiście nie było nawet mowy o żadnym skutku przerzeczonej operacyi.

Autor sam robił od r. 1873. mnóstwo doświadczeń z wycinaniem początkowego stwardnienia, z wyjmowaniem lub bez wyjmowania odpowiednich, w danym razie obrzmiałych gruczołów limfatycznych i przekonał się o zupełnej nieskuteczności tego zabiegu we wszystkich przypadkach bez wyjątku. Jeżeli w tej mierze zachodzą jeszcze między zawodowymi lekarzami różnice, to wskazówką do zrozumienia ich może jest teorya o jedności wrzodu tak zwanego miękkiego i twardego i trudność rozróżnienia w pierwszych okresach wrzodów tych od siebie; gdy zaś w dalszym przebiegu rzecz się wyjaśni, jest już zapóźno na wycinanie początkowego stwardnienia, bo obrzmienie gruczołów limfatycznych już z góry wyklucza z pewnością wszelką tej operacyi skuteczność.

Mimo tego uważa autor, iż wycięcie pierwotnego stwardnienia jest niekiedy pożądanem, mianowicie, jeżeli stwardnienie przez swe usadowienie się szpeci, bardzo ważne funkcye upośledza, lub wreszcie łączy się ze szczególniejszem niebezpieczeństwem zarażenia innych osób.

Wycięcie początkowego stwardnienia jest zabiegiem bardzo prostym i w razie użycia kokainy całkiem niebolesnym. Po starannem oczyszczeniu i desinfekcyi wrzodu i jego sąsiedztwa, podnosi się wrzód w górę szczypczykami (tak oczywiście, by ramiona szczypczyków nie zanieczyściły się jego wydzieliną) i wycina go zupełnie nożyczkami, poczem po zatamowaniu krwotoku ranę się zaszywa i opatruje przeciwgnilnie. Tam, gdzie skóra łatwo daje się przesuwać, jak na grzbiecie prącia, na napletku, operacya jest bardzo prosta i nie przedstawia żadnych trudności. Zagojenie się następuje w ciągu kilku dni *per primem.* Rzadko tylko występuje w bliźnie ponownie stwardnienie. Stwardnienia na żołędzi i w rowku wieńcowym nie nadają się do operacyi.

Widzimy przeto, iż tak zniszczenie (chemiczne lub termiczne), jak i usunięcie mechaniczne jadu kiłowego jest niemożebne; pytanie przeto, czyby tego dokonać nie można sposobem chemiczno-terapeutycznym, t. j. przez użycie rtęci w okresie drugorzędnym przez tak zwane leczenie zapobiegawcze.

Zdania syfilidologów są w tej mierze podzielone. Jedni jak Ricord, Drysdale, Baeumler, Fournier są jego zwolennikami, inni, jak między nimi Finger, Diday, Jullien, Langlebert, Unna, Janowsky, Kaposi, Caspary, Behrend stanowczo się na nie nie zgadzają.

Na podstawie postrzegania 100 przeszło przypadków oświadcza autor, że pod wczesnem leczeniem rtęcią, zmiana pierwotna goi się w stosunkowo krótkim czasie i znika, gruczoły limfatyczne obrzmiewają nieznacznie a jeżeli już były obrzmiałe, maleją rychło, osutka opóźnia się mniej lub więcej (w jednym przypadku nawet ukazała się dopiero 150. dnia) i bywa zwykle skąpa i blada. Za to jednak występują obficie lepieże *(plaques muqueuses)*, mianowicie w ustach, nawrotów choroby nie bywa mniej, niż przy leczeniu za pojawieniem przypadów drugorzędnych, natomiast przypady trzeciorzędne nie są bynajmniej rzadkie a tam, gdzie już pojawiały się, były niezwykle ciężkie.

Leczenie zapobiegawcze przeto nie usuwa wcale objawów zakażenia ogólnego, lecz je tylko odracza do czasu oznaczyć się nie dającego a nawet do pewnego stopnia robi je cięższemi, tak, iż później trzeba większej daleko ilości rtęci do ich usunięcia.

Wobec tych okoliczności leczenie zapobiegawcze nie tylko, że nie ma żadnego znaczenia praktycznego, ale nawet jest do pewnego stopnia wprost niestosowne, bo nam zakrywa przebieg naturalny a przez zadawanie niewczesne wielkich dawek rtęci, robi ustrój odpornym przeciw temu środkowi wtedy, gdy go naprawdę potrzeba. Autor uważa też leczenie zapobiegawcze w kile za wskazane tylko wtedy, gdy chodzi o jak najrychlejsze zabliźnienie i usunięcie zmiany pierwotnej z powodu jej szczególnego niebezpieczeństwa wynikającego z miejsca, wielkości, kształtu lub obawy zarażenia się innych osób.

Zdaniem przeto autora leczenie kiły w pierwszych jej okresach powinno ograniczać się do miejscowego działania na stwardnienie, w danym razie i na zmiany w gruczołach limfatycznych i przygotowania chorego do leczenia w razie pojawienia się przypadów ogólnego zakażenia całego ustroju. Tutaj to należy odpowiednie zachowanie się dyetetyczne i szczególniejsza piecza nad skórą i jamą ustną ze względu na przyszłe zastosowanie rtęci. (*Wiener med. Wochenschrift.* 45—47, 1894).

— W przypadkach, w których chorzy nie znoszą tranu rybiego, mimo, iż jest on wskazany dla poprawy ogólnego odżywiania, zalecają Revilliod i Zoppino na podstawie doświadczenia w klinice lekarskiej w Genewie zawiesinę tranu rybiego, sporządzoną według jednego z następujących przepisów a przeznaczoną do lawatyw, które łatwo ulegają wessaniu i przyczyniają się widocznie do powiększenia ciężaru ciała i poprawy stanu ogólnego:

142) Rp. *Olei jecoris aselli* 600 00
Vitella ovorum 2
Aquae calcis 400·00
MDS. Do lawatyw.

Do tej mięszaniny dodać można 7°/₀₀ chlorku sodowego, co zmniejsza drażliwość błony kliszki stolcowej.

143) Rp. *Olei jecoris aselli* 1000·00
Vitella ovorum 4
Natrii chlorati 7·00
Aquae 35·00
MDS. Do lawatyw.

lub

144) Rp. *Olei jecoris aselli* 600·00
Gummi tragacanthae 2·50
Gummi arabici 50·00
Calcii hypophosphorosi
(Hypophospite de chaux) 2·50
Aquae calcis q. s.
ut f. emulsio litrae.
MDS. Do lawatyw.

(*La semaine médicale.* 21. Listopada 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie zwyczajne dnia 2. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 37.

1) Kol. przewodniczący wita przybyłych na to pierwsze po wakacyach i po zjeździe lekarskim zebranie, z powodu zaś nieobecności sekretarza kol. Borego prosi kol. Uhmę, by podjął obowiązki sekretarza.

2) Kol. Merczyński: *O zastósowaniu surowicy Behringa w błonicy! spostrzeżenia ze szpitalika św. Zofii.* Mówca zastrzega się, że nie ma zamiaru ogłaszania jakiejś skończonej już pracy; chce tylko przytoczyć kilka spostrzeganych przypadków i podzielić się z kolegami kilkoma uwagami, jakie mu one nasunęły. Ogółem w sześciu tylko przypadkach próbował surowicy Behringa a nie stósował obok niej żadnego innego leczenia. Z tych sześciu dwa były bardzo ciężkie, zwłaszcza zaś jeden, w którym obrzęk zapalny migdałków i języczka był bardzo wielki a *foetor ex ore* nieznośny. W tym to przypadku wstrzykiwał mówca dwukrotnie Nr. II. a trzeci raz Nr. III. surowicy Behringa, gorączka spadła dopiero po trzeciem wstrzyknięciu. W innych przypadkach z wyjątkiem pierwszego, do ciężkich zaliczonego, w którym podano dwukrotnie Nr. II., wystarczała jednorazowa dawka zazwyczaj Nr. II, czasem Nr. I. O ile doświadczenie mówcy sięga, rokowanie w dwu przytoczonych, ciężkich przypadkach było bezwarunkowo złe, w innych wątpliwe, bo dopóki szerzy się błonica, o niczem przesądzać nie można. To też z pomyślnego zakończenia się choroby we wszystkich przytoczonych przypadkach wypada mówcy wnosić, że z 90 kilku sposobów leczenia błonicy, dotychczas zachwalanych, ta metoda jest najlepszą. Błonica zaraz po pierwszem wstrzyknięciu surowicy przestaje się szerzyć. Trzeciego dnia zazwyczaj występują obfite poty i gorączka rychło spada. Błony odpadają w postaci strupa, pozostawiając powierzchnię lekko broczącą. W każdym prawie przypadku spostrzegano białkomocz. Co do działania surowicy Behringa, to wynalazca jej podaje, że działa jedynie w przypadkach czystej błonicy, wywołanej przez drobnoustroje Loefflera a nie ma wpływu na przebieg zakażeń mięszanych. Mówca tłómaczy sobie działanie surowicy rzeczonej wyjałowieniem gruntu, przez co błonica traci możność szerzenia się, nie zaś zwalczaniem wprost toksyn błoniczych, zatem nie jako antytoksyny. Technika wstrzykiwań jest łatwą. Wstrzykuje się gdziekolwiek, najlepiej z boku klatki piersiowej, całą dawkę leku: w przypadkach lżejszych i u dzieci maleńkich Nr. I., w przypadkach ciężkich Nr. II. a nawet Nr. III. Żadnego działania szkodliwego mówca nie dostrzegł.

Dyskusya: Mahl dziękuje prelegentowi za podniesienie tej sprawy. Sam zna dwa przypadki, w których używano surowicy Behringa. W jednym, którego ordynaryuszem był kol. Kucharski, wezwano mówcę już po zastósowaniu 1-szej dawki. Wówczas zadziwiła mówcę e u f o r y a dziecięcia, mimo zmian chorobowych dość znacznych. Po drugiej dawce dziecko wyzdrowiało, białkomoczu nie dostrzeżono, tylko lekki obrzęk powiek. Drugi przypadek skończył się niepomyślnie; było to 14 miesięczne dziecko dotknięte k r u p e m. W południe zastósował mówca jednę dawkę, wieczorem drugą (obie Nr. I.), ale bez skutku. Widocznie lek w k r u p i e nie działa. Żałuje, że nie zastósował Nr. II., ale go w aptekach nie było. Dodatkowo zwraca mówca uwagę, że uważa za obowiązek Tow. lek. postarać się, by aptekarze przystępniejsze naznaczyli ceny. Za Nr. I. kosztujący 6 marek kazano zapłacić 7 złr., za Nr. II. który kosztuje 11 marek 13 złr. a za Nr. III. kosztujący 16 marek naznaczają 21 złr. Chybaż to nie pora wzbogacania się, gdy idzie o środek nie wypróbowany a mający mieć tak doniosłe znaczenie.

P i s e k zwraca uwagę na produkcyjną czynność kol. Merczyńskiego w Towarzystwie, przypominając, że tenże tak, jak dzisiaj pierwszy zaznajamia jego członków z surowicą B., tak przed laty pierwszy poczynił próby i przedstawił ich wyniki na posiedzeniu Towarzystwa z środkiem tak użytecznym, jak antypiryna. Mówca nie podziela jednak różowych zapatrywań kol. Merczyńskiego w sprawie surowicy B. Żywo przypomina mu się entuzyazm wywołany kochiną, boi się nowego zawodu. Statystyki Ehrlicha i Aronsona wydają mu się stronniczemi. Należałoby uwzględnić wpływ wieku, wpływ samej epidemii, która w nasileniu swem i zejściu końcowem bardzo bywa różna. Przedewszystkiem zaś należałoby uwzględnić równocześnie kilka sposobów leczenia i dopiero na wynikach w ten sposób uzyskanych oprzeć orzeczenie, która z metod jest lepszą. Zdaje się mówcy, że między wynikami obcych doświadczeń a doświadczeń kol. Merczyńskiego istnieje wielka różnica w tem, że obcy badacze widzieli *crisis*. Wobec tego wszystkiego wydaje się mówcy orzeczenie o skuteczności środka przedwczesnem a wielka ilość środka, którą się wstrzykuje, nasuwa pewne obawy co do nieszkodliwości zabiegu. Ze strony praktycznej nieracyonalnem wydaje się mówcy zamknięcie korkiem zwykłym, który się kruszy. Aronson zamyka swój preparat korkiem szklanym.

W a c h h o l z. Asklepiades wygłosił zasadę, aby *cito, tuto et jucunde curare*. Doświadczenie Szan. prelegenta poucza, ze surowica B. działa wcale szybko. Kol. Pisek zwraca uwagę, że zastósowanie znacznej ilości leku stwarza rodzaj pęcherza, co przyjemnem nie może się wydać choremu. Zdaje się jednak, że warunek *jucunde curare* jest mniejszej wagi; najważniejszą zaś rzeczą, by lek działał bezpiecznie. Mamy do czynienia z trucizną a raczej antytoksyną, pytanie zatem, czy tej antytoksyny można bezkarnie używać w wielkich dawkach, czy nie wywołuje ona jakich objawów z zatrucia pochodzących. Już Roux wspomina, że w niektórych przypadkach widział po użyciu surowicy osutki skórne, mianowicie pokrzywkę. Wiadomo też, że trucizny organiczne, należące do rzędu toksyn, n. p. jad wężów jak w i p e r y n a, zadane podskórnie wydzielają się z błony śluzowej żołądka a badania toksykologiczne lat ostatnich wykazują coraz to nowe drogi, któremi trucizny wydzielają się z ustroju. Zajmującem przeto byłoby dowiedzieć się, czy osutka postrzegana przez Rouxa nie jest osutką toksyczną i czy surowica B., zwłaszcza w większych dawkach, nie sprawia przypadłości żołądkowych, któreby świadczyły o wydzielaniu się zbytniej dawki antytoksyny błoną śluzową żołądka. (Streszczenie własne).

W e r n i c k i zwraca się do kol. Piska i chwali go bardzo za to, że przyjmuje ostrożnie i z rezerwą nowy środek, tłómaczy mu jednak, że między wynalazkiem Kocha a surowicą B. jest ogromna różnica. Tamten wynalazek przedwcześnie był ogłoszony a przez żadne ciało naukowe nie stwierdzony, ten zaś na dwu krańcach Europy komisyjnie i długo sprawdzano naukowo. Co zaś komisyjnie stwierdzono, to przyjąć należy i uwierzyć temu. W dalszym ciągu swego przemówienia przytacza mówca, że czytał zalecania, by obok wstrzykiwań stósować leczenie miejscowe przeciw zakażeniu mięszanemu i aby w domach, gdzie jest więcej dzieci a jedno zapadło na błonicę, i innym wstrzykiwać surowicę B. jako środek zapobiegawczy.

W i c z k o w s k i oświadcza, że między limfą Kocha a surowicą B. różnica w tem, że gdy tamten środek był wyciągiem samych toksyn, ten jest surowicą uodpornioną czyli rzeczywistą antytoksyną. Działanie surowicy B. tłómaczy sobie mówca działaniem chemicznem. Mianowicie wykazano w białych ciałkach krwi nukleinę, połączenie kwasów nukleinowych, które raz łatwiej, kiedyindziej trudniej wydzielają się z tego połączenia, a mają mieć własności antytoksyczne. Nasuwa się prawdopodobnie myśl, że surowica B. ułatwiając wydzielanie się kwasów immunizuje ustrój.

G l u z i ń s k i stwierdza, że kol. Pisek nie porównywał kochiny z surowicą B. a tylko entuzyazm wywołany ongi tamtym środkiem a obecnie nowym. Mówca jest również tego zdania, że w ocenianiu nowej metody trzeba uwzględnić przypadki leczone innymi sposobami. W tymże celu przytacza swoje przypadki — wprawdzie u dorosłych spostrzegane, potwierdzające, że obecna epidemia przebiega lekko. W przypadku kol. Mahla, gdzie zejście było niepomyślne, zdaniem mówcy była wskazaną tracheotomia, której wstrzykiwanie surowicy zastąpić nie mogło, bo nie mogło usunąć dusznicy. W ogóle nawet lecząc surowicą trzeba stósować leczenie miejscowe. Löffler wykazuje, że na 100 przypadków rozpoznanych jako błonica w 25% drobnoustrojów właściwych nie wykazuje się, w reszcie zaś napotyka oprócz rzeczonych i inne ustroje ropotwórcze, przeciw którym nie działa surowica B. Löffler lecząc miejscowo na 71 przypadków w praktyce prywatnej nie miał ani jednego przypadku śmierci, na 30 zaś szpitalnych, zwykle *in ultimis* oddawanych, tylko 5. Procent śmiertelności przy racyonalnem leczeniu niezawodnie nie jest tak złym, jak go przedstawiają statystyki zwolenników nowego leczenia.

S z p i l m a n zawiadamia Kolegów, że w instytucie weterynaryjnym wiedeńskim zaczęto już próby wyrabiania surowicy przeciwbłoniczej. Mówca postarał się, by i tutejszy zakład weterynaryjny w tymże celu wyposażono, a sądzi, że Towarzystwo lekarskie lwowskie starania jego poprze. (Przemówienie kol. Szpilmana przyjęto gorącymi oklaskami).

Uhma zapytuje się, dlaczego kol. Merczyński, tłómacząc działanie surowicy wyjałowieniem tkanek, choć po pierwszem wstrzyknięciu nie widział szerzenia się choroby, dalsze wstrzykiwania stósował, jakby się czegoś więcej spodziewał po środku rzeczonym. Kol. Szpilmana, którego myśl wyrabiania surowicy mówca bardzo popiera, zapytuje się, czy z surowicą końską przeciw jadowi błoniczemu uodpornioną, nie można przeszczepić na ustrój ludzki którejś z chorób zwierzęcych.

Obtułowicz: Bez wątpienia żadna z chorób a szczególnie żadna z chorób zakaźnych nie może się poszczycić tak bogatym arsenałem leczniczym, jak właśnie błonica. Każda z monografij traktujących o błonicy zawiera całe stronnice napełnione tylko tytułami leków owianych większą lub mniejszą cudownością a wiele z tych środków chlubi się statystyką iście niezrównaną.

Przypominam tylko, że Andeer zachwalając rezorcynę do leczenia błonicy, podaje, że nie miał ani jednego przypadku śmierci na 222 przypadków błonicy, a Weisse ze 150 chorych leczonych kwasem salicylowym stracił tylko jednego chorego. Pomimo tak cudownych leków każdy z lekarzy powita z radością lek nowy, bo doznał smutnych rozczarowań w praktyce, stósując leki dawniejsze. Jednakowoż i przy stósowaniu surowicy prof. Behringa lub Aronsona, należy działać z zimną i baczną krytyką, aby nie doznać znów rozczarowania.

Co do złośliwości błonicy muszę oświadczyć, że obok innych czynników, potęgujących lub zmniejszających działanie przyrzutu chorobowego, wywiera gleba i pora roku wpływ nadzwyczaj ważny na szerzenie się błonicy i jej przebieg. I tak w jesieni roku 1883 we wsi Ostrej położonej nad samym Dniestrem, który często wylewa i pozostawia kałuże, szerzyła się błonica w miesiącach Październiku i Listopadzie w sposób zatrważający, a śmiertelność wynosiła 60%, podczas gdy z nastaniem mrozów, po zamarznięciu wszystkich kałuż, epidemia błonicy dziwnie złagodniała, i przy tym samym sposobie leczenia odsetka śmiertelności obniżyła się do 9% a choroba wygasła zupełnie w połowie Stycznia 1884. Nowy to dowód, jak dalece trzeba być ostrożnym w obliczeniach statystycznych i jak trzeba uwzględniać z należytą krytyką wszelkie czynniki wpływające na jad błonicy, aby potem leku nowego nie uznać niepotrzebnie za nieomylny i niezrównany. (Streszczenie własne).

Merczyński w odpowiedzi na poruszone kwestye oświadcza, że we Lwowie błonica panuje niemal endemicznie i że daje około 60—70% śmiertelności. Dla porównania innych sposobów leczenia z leczeniem surowicą wspomniał już mówca i obecnie szerzej się rozwodzi o dwu przypadkach pozornie lekkiej błonicy, które równocześnie prawie spostrzegane a nie leczone surowicą B. zakończyły się niepomyślnie. Mówca opisując przebieg choroby przy leczeniu surowicą wspomniał o silnych potach, o nagłym spadku ciepłoty, spostrzegał zatem raptowny przełom choroby, choć nie użył słowa *crisis*. Mówca ma głębokie przekonanie o skuteczności środka, którego wielkie nawet dawki stósowano bez szkody. W swoich przypadkach leczonych surowicą wysypek skórnych nie spostrzegał, zna jednak osutki występujące wśród błonicy bez względu na leczenie. Zarzut kol. Uhmy jest pozornie tylko słuszny. Mówca tylko tam stósował dalej wstrzykiwania, gdzie nie mógł stwierdzić, czy choroba przy zajęciu dalszych dróg oddechowych nie szerzy się w głębi.

Szpilman sądzi, że rzeczywiście choroby zwierzęce możnaby przeszczepiać, że zatem trzeba dobierać zwierzęta zdrowe a stan zdrowia stwierdzać przedewszystkiem jak najdokładniejszem badaniem ciepłoty.

Wehr wnosi, by sekcya lwowska petycyę przez kol. Szpilmana do Namiestnictwa wniesioną jak najgoręcej poparła.

Przewodniczący poddaje pod głosowanie:

I. wniosek kol. Mahla, by sekcya lwowska zwróciła się do Towarzystwa aptekarskiego o oznaczenie przystępnej ceny surowicy Behringa.

II. wniosek kol. Wehra, by sekcya lwowska poparła petycyą kol. Szpilmana.

Oba wnioski przyjęto.

3) Kol. Gluziński podaje i uzasadnia wniosek o poparcie przez sekcyę lwowską petycyi w sprawie połączenia kolejowego ze zdrojowiskiem Szczawnicą.

Wniosek ten bez debaty przyjęto i na tem posiedzenie zakończono.

Za sekretarza: *Dr. Uhma.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 29. Listopada 1894 r.

— *La semaine médicale* umieszcza w Nrze 65. z r. b. obszerny referat z pracy prof. Obalińskiego o laparotomii w niedrożności jelit.

— Warszawskie pisma codzienne donoszą, iż tamtejsza Rada miejska dobroczynności publicznej postanowiła utworzyć osobną komisyą do zajęcia się sprawą wyrobu w Warszawie surowicy do leczenia błonicy. Komisya składać się będzie z inspektora szpitali cywilnych oraz lekarzy szpitalnych. Rada miejska ma wystąpić z prośbą o wyasygnowanie 10000 rubli. Surowica będzie wprowadzona do szpitali przy ulicy Aleksandryi i przy ulicy Śliskiej a nadto ma być sprzedawana lekarzom wolno praktykującym.

— Dr. Leon Jakliński otrzymał od rady miejskiej w Komarnie obywatelstwo honorowe tegoż miasta.

— Lekarz miejski w Berdyczowie, Dr. W. G. Linowski wybrany został wielką większością głosów naczelnikiem tegoż miasta.

— Dr. Izydor Schnabel, profesor okulistyki w niemieckim uniwersytecie w Pradze mianowany profesorem okulistyki w Wiedniu.

— Projektowana jest kolej wązko-torowa (76 cm.) z Chabówki do Zakopanego. Długość jej ma wynosić 47 kilometrów, koszt ogólny 1383000 złr. Budowa, która ma trwać trzy lata, ma rozpocząć się z wiosną roku 1895.

— Ruete badał bakteryologicznie powietrze w szkołach hamburskich o wpół do 3-ciej po południu i użył do tego sposobu podanego przez Hueppego. Rezultaty były bardzo rozmaite, bo znalazł od 1500 do 3000000, średnio 268000 zarodków w metrze sześciennym, gdy Hesse naliczył ich tylko 9500 w swoich poszukiwaniach. Między temi mikrobami w powietrzu wykrył R. i jeden chorobotwórczy, dający się hodować na agarze, ziemniakach i w mleku a zabójczy dla myszy, świnek morskich i królików.

— Prof. Kitasato otrzymał od miasta Nagasaki w Japonii wspaniały puchar złoty w uznaniu zasług około odkrycia lasecznika dżumy w Hong-Kong.

— Z urzędowego zdania sprawy za rok 1893. dowiadujemy się, iż w Indyach Wschodnich od zwierząt dzikich, nie rachując wężów, poniosło śmierć 2804 osób, z których na samą prowincyę bengalską przypada 1600. Z ukąszenia przez węże jadowite zginęło 18540 osób. Po wężach najniebezpieczniejszemi zwierzętami są tygrysy, które pożarły lub rozszarpały więcej, niż 1000 krajowców. Od lampartów zginęło 291, od wilków 175, od niedźwiedzi 121 osób. Wypłacono 117447 rupij (rupia = 1·92 marki niem.) wynagrodzenia za zabicie szkodliwych dla ludzi zwierząt, między któremi było 1267 tygrysów, 4088 lampartów i 117120 wężów jadowitych.

— Lekarze wojskowi nie liczą się, jak wiadomo, do walczących. Otóż na jakie niebezpieczeństwo wystawiają się ci niewalczący (*non combattants*), świadczy, iż w bitwie morskiej pod Yalu podczas teraźniejszej wojny między Chinami a Japonią Japończycy stracili w zabitych 100 ludzi, między którymi jest aż dwóch lekarzy, Drowie Miyake i Murakowski. Trzeci lekarz Kawanuma jest ciężko ranny.

— Dr. Chabbert w Tuluzie zwraca uwagę, iż według jego przynajmniej spostrzeżeń (którychbyśmy wszakże w Krakowie potwierdzić nie mogli) porażenie gośćcowe nerwu twarzowego jest bez porównania częstsze u kobiet, niż u mężczyzn (6 : 1) i domyśla się, że przyczyną tego mogą być broda i wąsy u mężczyzn, z których ci znów mają dostawać łatwiej wymienionej choroby, którzy nie mają zarostu na twarzy.

— W znanym procesie prof. Jaegera w Sztutgarcie przeciw redaktorowi *Wracza*, prof. Manasseinowi wypadł wyrok i w drugiej instancyi na korzyść prof. Manasseina.

— Pewne grono lekarzy kijowskich zamierza w lecie w pobliżu Kijowa założyć uzdrowisko czyli sanatoryum dla suchotników.

— Dziennik paryski *Figaro* zebrał w ciągu miesiąca na leczenie błonicy surowicą właściwą 431000 franków, które pójdą na założenie i utrzymanie instytutu wyrabiania surowicy pod kierunkiem Dra Rouxa.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy nowotarski rozpisuje konkurs na posady lekarzy okręgowych w Krościenku i Czarnym Dunajcu. Dla pierwszego płaca 500 złr. i ryczałt na objazdy 400 złr., dla drugiego

płaca również 500 złr., ryczałt na objazdy 360 złr. i obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania odpowiadające wymaganiom ustawy z 2. Lutego 1891 roku i rozporządzeniu wykonawczemu zawartemu w Nrze 82. Dz. u. kr. z r. 1891. wnosić należy do końca Grudnia r. b. Nadanie nastąpi naprzód tymczasowo na rok.

— **Konkurs.** Na posadę lekarza dworskiego w Rozdole. Płaca roczna 500 złr., pomieszkanie bezpłatne, opał i prawo wolnej praktyki. Zgłaszać się do głównego zarządu dóbr w Komarnie w Galicyi najpóźniej do 15. Grudnia 1894

— **Nekrologia.** Zmarli: W Dubossarach w gubernii chersońskiej lekarz miejski **A. J. Wdowikowski**, wychowaniec uniwersytetu kijowskiego. — We Lwowie **Juliusz Gąsiorowski**, lekarz kolei rządowej. — W Wiedniu w dniu 24. b. m. Dr. **Ludwik Gembarzewski** w 81. roku życia.

Redakcya otrzymała:

H. Kucharzewski: Przypadek trypra powikłanego reumatyzmem, zaburzeniami ze strony układu nerwowego wraz z zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego. (Odbitka z *Kroniki lekarskiej*).

Tenże. Ueber die therapeutische Wirkung des Phenocollum hydrochloricum. (Odbitka z *St. Petersburger med. Wchschft*).

Tenże. Un cas d' abcès du cerveau. (Odbitka z *Progrès médical*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5. Grudnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. prof. Obaliński: *Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń chrząstki przyrostkowej panewki biodrowej;* 2) kol. Kryński: *O mięsakach kości długich w kończynach dolnych.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 2650.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Lanckoronie z płacą roczną 500 złr., ryczałtem na podróże 250 złr. i wolnem mieszkaniem.

Okręg sanitarny obejmuje 18 gmin z ludnością 15448 mieszkańców.

Kompetenci mają wykazać warunki ustawą z 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. wymagane. Lekarz okręgowy obowiązanym jest utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań kończy stę z dniem 16. Grudnia 1894.

Wadowice dnia 16. Listopada 1894.

Za prezesa
Dr. Iwański.

163—3—1

Izba lekarska w Krakowie.

Do L. dz. 150/1894.

OGŁOSZENIE.

Odezwą c. k. Namiestnictwa z d. 9. b. m. do L. 90592. została zawiadomioną Izba lekarska w Krakowie, iż w skutek reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 29. Października 1894 r. L. 27659. mają nastąpić zmiany w ustawie o kasach chorych a to na podstawie wskazówek i życzeń, przedstawionych przez strony interesowane. Równocześnie została Izba wezwana do wydania opinii ze swej strony w tej sprawie z terminem do dnia 1. Stycznia 1895. a to w myśl kwestyonaryusza, do powyższej odezwy dołączonego.

Ponieważ w tak ważnej sprawie Wydział Izby lekarskiej sam odnośnego orzeczenia, bez poprzedniego porozumienia się z interesowanymi kolegami, wydawać nie chce, przeto wzywam niniejszem uprzejmie wszystkich PP. lekarzy w okręgu krakowskiej Izby lekarskiej zamieszkałych a ze sprawami kas chorych bliżej obznajomionych, aby wnioski swe w tej mierze najdalej do dnia 10. Grudnia b. r. do biura Izby (Kraków, ul. św. Krzyża 7.) pisemnie nadesłać zechcieli.

NB. Wnioski te nie mogą odnosić się do całej ustawy, ale tylko do tej części, która dotyczy stósunku lekarzy do tychże kas.

Prezydent Izby:
Dr. Jakubowski *m. p.*

161—1—1

KONKURS.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 30. Października 1894. l. 57413. rozpisuje Magistrat miasta Sambora konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w Samborze z płacą roczną 350 (trzysta pięćdziesiąt) złr. w. a.

Kompetenci na tę posadę mają wnieść do Magistratu miasta Sambora podania najdalej do 1. Grudnia 1894 roku i wykazać:

1) iż uzyskali stopień doktora wszech nauk lekarskich i
2) dotychczasową praktykę.

Magistrat król. woln. miasta.

Sambor dnia 10. Listopada 1894. 158—3—3

KONKURS

na posadę I-go bezpłatnego elewa klinicznego przy Katedrze medycyny wewnętrznej na przeciąg jednego roku, ewentualnie dwóch lat. Pierwszeństwo, wśród równych zresztą warunków, będą mieć Kandydaci, którzy wykażą się uzdolnieniem w zakresie chemii, bakteryologii i mikroskopii klinicznej. O tę posadę ubiegać się mogą także lekarze, którzy dyplom doktorski otrzymali nietylko w Uniwersytecie Jagiellońskim, ale na jakimkolwiek innym Uniwersytecie. Podania należy wnosić do Kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 12. Grudnia 1894.

Kraków 27. Listopada 1894. 162—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 8. Grudnia 1894 r. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w *Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 187 Clinton and 160 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Dotychczas rozpatrywaliśmy kwestyę przenikania rozmaitych ciał przez łożysko w kierunku od matki do płodu; obecnie wypada nam z kolei zastanowić się nad tem, czy w ogólności mogą przechodzić ciała stałe i zorganizowane twory w kierunku odwrotnym, t. j. od płodu do matki i w jakich mianowicie okolicznościach jest to możliwem? Badania i poszukiwania Jungblutha[1]) i Gusserowa[2]) wykazują, iż większa część produktów przemiany wstecznej płodu przechodzi nie do krwi matki, lecz do wód płodowych, dowodem czego obecność znacznej ilości mocznika w wodzie płodowej (Fehling[3]), Winckel[4]). Tylko gazy i płyny łatwo przenikające przejść mogą przez łożysko od płodu do ustroju macierzyńskiego (Savory[5]), Preyer[6]); co się zaś tyczy przechodzenia od płodu do matki substancyj stałych, oraz tworów zorganizowanych, względnie drobnoustrojów chorobotwórczych, na to nie mamy jeszcze żadnych dowodów. (Preyer). Ze względu na to, iż takie przenikanie możliwem byłoby jedynie w nadzwyczaj pomyślnych okolicznościach w układzie krążenia krwi płodu, jakie chyba że nigdy nawet nie wydarzają się, musimy *a priori* przyjść do wniosku, że przechodzenie przez łożysko ciał stałych i tworów uorganizowanych w kierunku od płodu ku matce uważać należy za nieudowodnione i nawet niemożliwe.

Rozpatrzmy teraz, o ile teorya wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu zgadza się z ustalonemi w nauce pojęciami i okolicznościami, tyczącemi się istoty przyrzutu kiłowego.

Jakkolwiek zbadaniem istoty przyrzutu kiłowego, oraz jego własności zajmowano się już oddawna, do dziś dnia jednak nie wzbogaciła się nasza wiedza dokładnemi wiadomościami w tym względzie. Pomijamy tu dawniejsze pojęcia o składzie jadu kiłowego, według których uważano go kolejno za związek chemiczny lub też za złożony z żyjątek. Dopiero od r. 1872 datuje się wynalezienie domniemanych drobnoustrojów chorobotwórczych przyrzutu kiłowego (Lostorfer[1]); Hallier[2]), Salisbury[3]), Brühlkens[4]) i Klotz[5]) przyczynę powstawania kiły upatrywali w rozmnażaniu się we krwi grzybków. Klebs[6]), Cutter[7]), Bermann[8]) i Aufrecht[9]) opisywali swoiste drobnoustroje kiłowe. Birch-Hirschfeld[10]), Peschel[11]) i Martineau[12]) znajdowali w wydzielinach kiłowych odrębne mikrokoki, które uważali za chorobotwórcze drobnoustroje kiłowe.

Lustgarten[13]) i Fülles[14]) wykazali w wydzielinach i tkankach kiłowych obecność laseczników, różniących

[1]) Beitrag zur Lehre vom Fruchtwasser und seiner übermässigen Vermehrung. Inaugural-dissert. Bonn. 1869.
[2]) Arch. f. Gynäkologie. 1878. XIII. 1.
[3]) Tamże. 1879. XIV. str. 221—244.
[4]) Tamże. 1877. XI. str. 304 i 661.
[5]) Preyer, l. c. str. 219.
[6]) l. c. str. 220—223.

[1]) Archiv für Dermatol. und Syphilis. 1872. 1. str. 115—131.
[2]) Zeitschrift für Parasitenkunde. 1868. str. 680.
[3]) American Journal of medical Sciences. 1868. January.
[4]) Zeitschrift für Parasitenkunde. 1870. str. 96.
[5]) Tamże. 1870. str. 274.
[6]) Schmidt's Jahrbücher. 1879. CLXXXI. str. 39—40.
[7]) Chicago medical Journal and Examinen. 1878. XXXVII. s. 67.
[8]) Arch. of medicine. 1880. IV. str. 263—269.
[9]) Centralblatt f. d. medicin. Wissenschaften. 1881. 13.
[10]) Tamże. 1882. 33. 44.
[11]) Centralblatt f. Augenheilkunde. 1882. str. 313.
[12]) Gazette médicale de Paris. 1882. 36.
[13]) Die Syphilisbacillen. Wien. 1885.
[14]) Über Mikroorganismen bei Syphilis. Inaug. Dissert. Bonn. 1887.

się wcale od wszystkich dotąd znanych drobnoustrojów ze względu na wejrzenie, usadowienie się i zachowanie się ich wobec barwików. Dotąd jednak nie dostarczono dowodu, iżby lasecznik Lustgartena stanowić miał istotę zakaźną przyrzutu kiłowego, jakkolwiek musimy przypuścić, iż kiła, jako choroba zakaźna, zawdzięczać musi swe własności zaraźliwe obecności w przyrzucie drobnoustrojów.

Liczne doświadczenia, poszukiwania i kliniczne spostrzeżenia wykazały, że przyrzut kiłowy należy do rzędu substancyj stałych (*fixe*), a nie lotnych, jak to już twierdził Girtauner[1]); zresztą o tem przekonano się nieraz, badając własności wydzielin kiłowych i sposób zarażania się chorobą. Jak wiadomo, kiła przenosi się wprost z osoby chorej na zdrową przez spółkowanie, pocałunek, ukąszenie i t. d. Jeszcze przed wykryciem mikrobów chorobotwórczych szczepienia i spostrzeżenia kliniczne wykazywały, iż przyrzut kiłowy wyróżnia się od przyrzutów innych chorób zakaźnych tem, iż jest zespolonym z komórkami tkanek, (doświadczenia Pellizzarego[2]) nad szczepieniem krwi świeżej i skrzepłej). Dowodzi tegoż samego zaraźliwość wydzieliny kłykcin sączących, zawierającej dużo komórek (Wallace[3]), Waller[4]), Gilbert[5]), Guyenot[6]) Huebenett[2]), Baerensprung[7]), Lindwurm[8]), Koebner[9]), Hebra[10]) i Rosner[11]). Według spostrzeżeń Viennoisa[12]), Sebastiana[13]) i Auspitza[14]) limfa ospowa, pochodząca z kiłowej osoby, lecz nie zmięszana z krwią, nie przenosi wcale kiły; jeśli zaś znajduje się w niej domieszka krwi, wtedy szczepienie takiej limfy może oprócz ospy wywołać i kiłę. Z drugiej znów strony fizyologiczne wydzieliny osób kiłowych, mleko, ślina, mocz, pot, łzy, i t. d., nie są wcale zaraźliwe, gdyż nie zawierają w sobie komórek chorobowych, w których zwykle znajduje się jad kiłowy.

Widzimy więc ztąd, iż przyrzut kiłowy jest związany z uorganizowanemi pierwocinami czyli elementami ustroju. Stwierdza się to codziennie klinicznem spostrzeżeniem, które wykazuje, iż kiłę przenieść mogą tylko wydzieliny, zawierające w sobie twory uorganizowane, czyli, że zakażenie kiłą następuje tylko wtedy, gdy do ustroju zdrowego dostaje się komórka, zakażona jadem kiłowym.

Ponieważ poprzednio już wykazaliśmy, iż przechodzenia ciał stałych i tworów uorganizowanych przez zdrowe i nieuszkodzone łożysko wcale nie udowodniono, przeto *eo ipso* przyjąć musimy, że teoretycznie przypuszczalna możliwość przejścia przyrzutu kiłowego przez łożysko od płodu do ustroju matki, nie opiera się na żadnych dowodach i nie daje się wcale pogodzić z ustalonemi w nauce pojęciami o istocie jadu kiłowego.

---

1) Abhandlung über die venerischen Krankheiten. Göttingen. 1788. I. str. 59, 74—75.
2) Auspitz. Lehre vom syphil. Contagium. Wien. 1866. s. 285.
3) Lancet. 1836/37.
4) Prager Vierteljahresschrift. 1851. XXIX. str. 112 i 132.
5) Auspitz, l. c. str. 190.
6) Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie. 1859. 15.
7) Die Beobachtung und Experiment in der Syphilis. Leipzig 1859. str. 31—35.
8) Charité-Annalen. 1860. IX. str. 168.
9) Würzburger medic. Zeitschrift. 1862. str. 146.
10) Klin. und experim. Mittheilungen. 1862. str. 59.
11) Auspitz, l. c. str. 225.
12) Archives génér. de médecine 1860. 6. 7. 9.
13) Gaz. des hôpitaux. 1863. 22 Octobre.
14) Archiv f. Dermatol. und Syphilis. 1871. 1. str. 114—118.

Zestawiając wszystko to, cośmy powyżej wypowiedzieli w sprawie teoryi *choc en retour*, przychodzimy do ostatecznego wniosku, iż za możliwością wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu przez łożysko nie przemawiają wcale ani teoretyczne dane ani też spostrzeżenia kliniczne, a więc teorya *choc en retour* powinna być zaliczoną do rzędu przypuszczeń, nie mających żadnych podstaw naukowych.

6) Ostateczne wyniki tyczące się etyologii kiły dziedzicznej.

1. Kiła może udzielać się potomstwu dziedzicznie od obojga rodziców zarazem lub też od każdego z nich z osobna.

2. W wielu przypadkach kiła dziedziczna, objawiająca się u potomstwa, zawdzięcza swe pochodzenie jedynie ojcu, czyli udowodnionem jest bezpośrednie przekazywanie kiły potomstwu od ojca kiłowego bez udziału matki, co dzieje się wskutek przeniesienia z plemnikami przyrzutu kiłowego do jajka zdrowego, z którego następnie powstaje zakażony płód.

3. W innym szeregu licznych przypadków kiła dziedziczna potomstwa pochodzić może jedynie od matki bez udziału ojca; matka, która przed zajściem w ciążę lub podczas zapłodnienia dostała kiły, prawie zawsze przekazuje swą chorobę dzieciom za pośrednictwem zakażonego jajka, chociażby ojciec nie miał kiły.

4. Łożyskowe zarażenie się płodu kiłą od matki, która będąc przed zapłodnieniem zdrową, nabyła choroby podczas ciąży, bardzo jest wątpliwem; w zwykłych stósunkach przyrzut kiłowy nie może przeniknąć przez nienaruszone i zdrowe łożysko od matki do płodu. W niektórych tylko przypadkach płód, odżywiając się toksynami kiłowemi, nabywa odporności względem kiły, nie staje się jednak przez to kiłowym.

5. W wyjątkowo rzadkich przypadkach kiła nabyta podczas ciąży przez matkę, może udzielić się dziecku podczas porodu.

6. Jeśli oboje rodzice mają kiłę, wtedy potomstwo prawie niechybnie odziedzicza od nich kiłę; mniej już jest niebezpieczną kiła tylko matki, najmniej zaś szkodliwie działa na potomstwo kiła ojca, jeśli przytem matka jest zdrową.

7. Kiła rodziców, znajdujących się w chwili zapłodnienia w pierwszym okresie choroby, oraz w okresie wylęgania się, nie przekazuje się płodowi; natomiast udziela się zwykle potomstwu kiła drugorzędna, t. j. znajdująca się w okresie zaraźliwym.

8. Kiła rodziców może udzielać się potomstwu bez względu na to, czy jest w chwili zapłodnienia matki utajona, czy też objawia się wtedy zmianami widocznemi.

9. Z wyjątkiem rzadkich przypadków uporczywej i złośliwej kiły u matki, kiła rodziców znajdująca się w późnym, trzeciorzędnym okresie, zatraciwszy już swą zaraźliwość, przestaje udzielać się potomstwu; dzieci jednak spłodzone przez rodziców dotkniętych późną kiłą, zwykle rodzą się chorowitemi, źle są odżywione i często później zapadają na krzywicę, zołzy lub gruźlicę.

10. Z biegiem czasu kiła rodziców zatraca stopniowo zdolność przekazywania się dziedzicznego potomstwu. Im starszą jest kiła rodziców, tem mniej można obawiać się pło-

dzenia kiłowego potomstwa. Najdłużej trwa okres dziedziczenia choroby, jeśli oboje rodzice mają kiłę. Kiła tylko ojca zwykle już po upływie 3—4 lat zatraca zdolność przekazywania się dzieciom; kiła matki dłużej zachowuje swe zakaźne i szkodliwe dla potomstwa cechy i przekazuje się dziedzicznie w ciągu 6—8 lat.

11. Kiła rodziców objawia się najwybitniej u starszych dzieci, następne już są coraz mniej zakażone, później zaś rodzi się zdrowe, niekiłowe potomstwo.

12. Odziedziczenie kiły przez potomstwo niekoniecznie zawsze następuje; nawet we wczesnym okresie kiła rodziców nie zawsze się udziela dzieciom. Wydarzają się niekiedy przypadki, w których rodzice dotknięci świeżą kiłą, wydają na świat zdrowe i wolne od kiły potomstwo.

13. Poddanie leczeniu swoistemu rodziców kiłowych, wpływa zawsze bardzo pomyślnie na zdrowie potomstwa, łagodzi objawy kiły dziedzicznej, niekiedy zaś zapobiega zupełnie odziedziczeniu choroby przez potomstwo.

14. Ogólny charakter, przebieg, oraz stopień objawów kiły dziedzicznej zależą zwykle wprost od wieku i stopnia rozwoju kiły.

15. W niektórych, dość rzadkich zresztą przypadkach napotyka się pewna nieprawidłowość w odziedziczaniu kiły, która objawia się w ten sposób, iż np. po przyjściu na świat dzieci mniej dotkniętych kiłą następuje poród bardziej zakażonego potomstwa, lub też między dwoma porodami dzieci kiłowych, rodzi się zdrowe.

16. W niektórych przypadkach spostrzega się bezpośrednią zależność stopnia kiły dziedzicznej od przebiegu i charakteru kiły rodziców, w przeważnej jednak liczbie przypadków nie ma tej zależności i łagodna kiła rodziców może przekazywać się potomstwu w postaci złośliwej, w innych zaś przypadkach złośliwa kiła objawia się u dzieci w formie łagodnej.

17. Kiła rodziców przekazuje się bliźniętom najczęściej w niejednakowej postaci, mianowicie gdy jedno z nich przedstawia wybitne zmiany kiłowe, drugie może pozostać nawet zdrowem i niezakażonem, lub też ma łagodną kiłę.

18. Nie jest wcale dowiedzionem przekazywanie się dziedziczne kiły w dwóch pokoleniach.

19. Matki, zapłodnione przez kiłowych mężów i noszące w swem łonie płód zakażony, w wielu przypadkach pozostają nadal zdrowe i wolne od kiły. W niektórych przypadkach zarażają się w chwili zapłodnienia za pośrednictwem nasienia ojca kiłowego; w innych zaś razach nie zakażają się kiłą, lecz nabywają odporności względem niej, co następuje zapewne wskutek przenikania przez łożysko do ich ustroju toksyn kiłowych, pochodzących od płodu zarażonego.

20. Wsteczne zarażenie się matki kiłą od płodu nie jest wcale udowodnionem. Jest ono już z tego względu wątpliwem, ponieważ przyrzut kiłowy jako związany z tworami uorganizowanymi, nie może przeniknąć przez zdrowe i nieuszkodzone łożysko; z drugiej znów strony w żadnym z przypadków, przytoczonych na udowodnienie teoryi *choc en retour*, nie można wyłączyć z pewnością zarażenia się matki inną drogą.

II. Z Zakładu higienicznego Uniw. Jagiellońskiego.

Badanie mleka na rynku w Krakowie pod względem obecności bakteryj w ogóle a bakteryj gruźliczych w szczególności.

Podał

O. BUJWID.

Wobec dosyć znacznego u nas rozpowszechnienia się gruźlicy postanowiłem spróbować, czy mleko, jakie w Krakowie otrzymujemy na targu miejskim, nie zawiera właściwych drobnoustrojów. Już poprzednio w Warszawie przed kilku laty dokonałem podobnych badań z wynikiem ujemnym. Badanie wykonywałem w ten sposób, że za pomocą długiej rurki szklanej, wyjałowionej zbierałem z dna naczynia nieco mleka do wyjałowionej próbówki i po przeniesieniu do pracowni szczepiłem królikom pod skórę i do jamy otrzewny po $1/2$—2 cm.^{3} mleka. Po miesiącu lub dłużej zabijano króliki i w żadnym przypadku nie znaleziono bakteryj gruźliczych. Przytoczyć również należy, że żadne zwierzę wówczas nie padło skutkiem szczepienia. Widać ztąd, że mleko nie zawierało bakteryj szkodliwych dla ustroju zwierzęcego.

Co do ilości bakteryj wówczas znalezionych, to w 1 cm.^{3} było bakteryj:

20.	Września 1888. Mleko Henneberga . . .	434.000
31.	Grudnia z mleczarni Hana	900.000
9.	Stycznia 1889. z mleczarni Foksal . . .	4.300.000
9.	„ z targu	3.340.000
23.	„ z mleczarni Hana	1.480.000
3.	Kwietnia pasteryzowane z Zaborowa . . .	623·000
29.	Września z mleczarni na ul. Bednarskiej 24.	3.348.000
4.	Sierpnia z mleczarni Zaborów sterylizowane	264.000
6.	„ „ Hana sterylizowane .	500
11.	„ „ Stępniewskiego niester.	10.000.000
11.	„ „ „ steryl.	0
28.	„ „ „ „	19.500
10.	Września „ Zaborów „	172.000
28.	„ mleko z Zakł. nauk. Górskiego .	30.000

Przytoczyłem drobny fragment z kilkuset prób robionych w różnych czasach a branych z różnych miejsc dla wykazania, że mleko zwykle zawiera dosyć duże ilości bakteryj. Nawet pasteryzowane albo znajdujące się zwykle w handlu sterylizowane rzadko jest lepsze. Już zaraz po wydojeniu mleko zawiera mnóstwo bakteryj, dzięki zanieczyszczeniom, jakie w samem naczyniu spotyka. Przy pasteryzacyi (ogrzaniu do 70^0 C.) naturalnie znaczna część bakteryj zostaje a nawet i przy wyjałowieniu, czyli jednokrotnem ogrzaniu do 100^0, zostają zarodniki, które giną wówczas dopiero, gdy zamienione po kilku godzinach w bakterye zostają przy ponownem ogrzaniu zabite. Mleko zwykle na targach spotykane zawiera bardzo znaczne ilości bakteryj, jak widać z cyfr powyżej przytoczonych. Nie bywa w niem zwykle bakteryj chorobotwórczych, bakterye ropotwórcze zdarzają się jednak niekiedy. W celu spróbowania, czy nie znajdują się w mleku bakterye gruźlicze, wykonałem w Warszawie 13 prób z mlekiem na królikach. W Krakowie zaś w d. 24. Sierpnia b. r. przy współudziale p. Albertego oraz kolegów Słapy, Orłowskiego i Barańskiego zebrałem 15 prób mleka z różnych miej-

scowości w okolicy Krakowa. Poniżej w tabliczce przytoczonej widzimy, ile każde mleko zawiera bakteryj oraz jaki jest % tłuszczu. Mleko zebrane w ilości $1/2$—1 cm.³ szczepiłem podskórnie świnkom morskim. Gruźlica nie rozwinęła się w żadnym przypadku; u kilku zwierząt rozwinęły się ropnie. Żadne jednak nie padło w skutek szczepienia.

	Mleko pochodzi z	Zawiera tłuszczu w odsetkach	Ilość bakteryj w 1 cm.³
1.	Rząski	$2^1/_4$	860.000
2.	Giebułtowa	2	4.864.000
3.	„	$1^3/_4$	732.000
4.	Bibic	2	7.800.000
5.	Liszek	$2^1/_4$	11.960.000
6.	Prus	$2^1/_2$	5.568.000
7.	Prądnika czerwonego .	2	1.856.000
8.	Liszek	$2^1/_2$	3.648.000
9.	Grodkowic	$2^1/_4$	5.120.000
10.	Balic	$1^3/_4$	3.540.000
11.	Bińczyc	$1^1/_2$	6.312.000
12.	Witkowic	$2^1/_2$	5.312.000
13.	Mogiły	3	4.688.000
14.	Golkowic	2	3.880.000
15.	Raciborowic	$2^1/_2$	1.348.000

Można ztąd wnosić, że mleko krakowskie nie zawiera w ogólności bakteryj gruźliczych ani w ogóle chorobotwórczych. Dla stanowczego orzeczenia w tej mierze trzeba naturalnie wykonać więcej prób, co w dalszym ciągu zrobimy.

Przytoczyć jednak należy, że odsetka tłuszczu znaleziona przez nas w mleku jest w ogóle bardzo niską. Podejrzywać należy, że wielka część mleka sprzedawanego jako niezbierane jest w istocie zbierane lub wodą rozcieńczone. Prawidłowe mleko nie powinno zawierać mniej niż 2·75% tłuszczu; z naszych zaś prób tylko jedno mleko zawierało 3%, reszta zawierała mniej. Należałoby w tym względzie za pomocą liczniejszych prób przekonać się, jak się rzeczy mają w istocie, przyczem należałoby zbierać mleko prosto od krowy.

W celu przekonania się o obecności gruźlicy u krów należałoby wprowadzić próby z tuberkuliną. Z licznych doświadczeń, jakie sam porobiłem, oraz z doświadczeń Nocarda w Paryżu i wielu innych, wynika, że tuberkulina jest doskonałym środkiem rozpoznawczym dla gruźlicy. Dziwić się należy, że u nas pod tym względem nic jeszcze nie zrobiono a przecież takie mnóstwo ofiar plaga ta zabiera. Tylko za pomocą tuberkuliny moglibyśmy wytępić gruzlicę, która niedostępną jest rozpoznaniu w pierwszych początkach dla najlepszego znawcy a szerzy się z jednych sztuk na drugie przez bezpośrednie zetknięcie i nieobliczone sprawia szkody.

III. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza.

Kazuistyka wrzodów stwardniałych, poza częściami płciowemi postrzeganych i leczonych w oddziale chorób wenerycznych i skórnych od r. 1880.

Napisali

Dr. F. Krzyształowicz i Dr. T. Mayzel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Przy wrzodach na migdałkach widziano zawsze ich powiększenie się, nalot szary lub dławcowy i naciek wybitnie wyczuć się dający a utrzymujący się długie jeszcze czasy po ustąpieniu wrzodu.

Wrzody na sutkach zajmowały albo skórę poza brodawką i wtedy zwykle ograniczały się do małego obszaru o zwykłych cechach, albo też usadowione były u podstawy brodawki, tworząc wtedy większy lub mniejszy naciek, pośród którego znachodziło się płytkie owrzodzenie, strupem pokryte; stwardniałość ta również i na sutkach a szczególnie na brodawkach utrzymywała się dosyć długo obok ciemniejszego zabarwienia skóry.

Z wrzodów na innych miejscach, które nie przedstawiały żadnych cech wybitniejszych, wspomnieć jeszcze należy o wrzodach w pachwinie, które odznaczały się przedewszystkiem tem, że naciek ich zajmował dosyć znaczny obszar, a w przypadku wrzodu po dymienicy powstałego wytworzył się wrzód w miejscu podłużnej blizny, w postaci nacieku, pokrytego płytkiemi owrzodzeniami.

Wspólną cechą wszystkich wrzodów było, co zresztą bywa przy wrzodach na częściach rodnych prawie zawsze, że gruczoły chłonne, do okolicy zajętej należące zawsze dawały się wyczuć jako znaczniej powiększone w stosunku do reszty gruczołów, które mimo nawet zmian drugorzędnych w ich sąsiedztwie zawsze o wiele mniej obrzękały tak, że już z samego obrzęku gruczołów obok istniejących śladów po wrzodzie, rozpoznanie nie ulegało prawie żadnej wątpliwości.

Przebieg zakażenia kiłowego w powyższych 79 przypadkach nie przedstawia żadnych wybitniejszych nieprawidłowości i w ogóle nie zbacza od ogólnych, znanych wzorów. Jeśli jednak mimo to na tem miejscu wspominamy pokrótce o zmianach kiłowych ogólnych, jakie w poszczególnych przypadkach wrzodów pierwotnych powyżej opisanych spostrzegano, czynimy to dlatego, aby po pierwsze przedstawić czytelnikowi cały dalszy przebieg zakażenia kiłowego a powtóre, aby zwrócić szczególniejszą uwagę na kilka przypadków kiły złośliwej, jaka po wrzodach stwardniałych fagadenicznych, w jamie ust usadowionych w krótkim czasie wystąpiła a z których jeden przypadek zakończył się śmiercią.

Ogólne zmiany kiły wczesnej spostrzegano zazwyczaj już po zabliźnieniu się wrzodu stwardniałego i tu zapisano w 25 przypadkach osutkę plamistą, w 13 guzkową, w jednym brudziec kiłowy (*rupia syphilitica*), w 30 zmiany ogólne wilgotne na błonach śluzowych, w 10 zaś przypadkach zmian ogólnych nie doczekano się ze względu na krótki pobyt chorych w szpitalu.

W zestawieniu powyższem uderza wysoki stósunkowo procent cięższych zmian guzkowych na skórze (22·6%), zwłaszcza u kobiet, u których zazwyczaj, jak to nas poucza doświadczenie, kiła przebiega łagodniej, niż u mężczyzn. Jeżeli zważymy, że z naszych 13 przypadków kiły guzkowej trzy przekraczają rok 20., trzy 30., cztery 40., pięć 50. rok życia chorego, zdawaćby się mogło, że cięższe zmiany kiłowe zostają w związku przyczynowym z wiekiem zakażonego. O ile jednak związek taki mimowolnie się nasuwa, jest on tylko pozornym. Wprawdzie kiła nabyta w wieku podeszłym przebiega prawie zawsze wśród objawów cięższych, podkopując cały organizm, ale czyż tu nie brakuje całego szeregu innych czynników szkodliwych, które ustrój czynią mniej odpornym na działanie zarazka kiłowego? Zważmy, że organizm, zwłaszcza w złych stósunkach bytu funkcyonujący, z czasem wyczerpuje się powoli, odżywienie jego podupada, zmniejsza się w ogóle odporność na wpływy szkodliwe. W danej chwili ulega on zakażeniu kiłowemu; czyż teraz cięższe zmiany następowe nie są dla nas zrozumiałe? Że zatem i w naszych 13 przypadkach zmiany guzkowe wystąpiły przeważnie już po 30. roku życia chorego, nie należy naszem zdaniem samego wieku tylko brać w rachubę, lecz liczyć się trzeba w tych razach z powyżej wymienionymi, szkodliwymi czynnikami, które niepoślednią a może i przeważną odgrywają rolę. Dalszym dowodem tego jest kilka przypadków wrzodów, usadowionych poza częściami płciowemi, u chorych również między 30. a 40. rokiem życia, które sprowadziły bardzo łagodną osutkę plamistą i kilka przypadków, gdzie zmiany ograniczyły się tylko do błon śluzowych i same ustąpiły bez leczenia a na odwrót cięższe formy spostrzegane u osób młodych, bądź jednak dziedzicznie obciążonych, bądź też z podupadłem odżywieniem w skutek złych stósunków bytu. Wreszcie dwa przypadki wrzodów stwardniałych fagadenicznych na wargach ust, z których w jednym u kobiety 40-letniej w kilka miesięcy nastąpiła śmierć skutkiem przedwczesnego zajęcia wewnętrznych narządów, uprawniałyby może do wniosku, że wśród powyżej wymienionych czynników, wpływających na przebieg i jakość kiły, nasilenie samego jadu kiłowego również w pewnych razach ważne może mieć znaczenie.

W końcu zwrócić musimy uwagę, że gdyby nie zbyt mała liczba przypadków, która nie uprawnia nas jeszcze do wydania stanowczego orzeczenia, wypadałoby się zgodzić na zdanie Kreftinga[1]), jakoby *syphilis extragenitalis acquisita* jako taka sprowadzała formy kiłowe cięższe, niż kiła nabyta przez spółkowanie, albowiem i u nas liczba cięższych przypadków kiłowych po wrzodach stwardniałych, poza częściami rodnymi położonych, jest dość znaczna. Zwrócić tutaj jednak musimy uwagę na ważną okoliczność, która swojego czasu wypowiedziana przez rozgłośnego syfilidologa, jak Diday, nabrała pewnego znaczenia i doniosłości. Twierdził on, że zarazek kiłowy, zaczerpnięty ze zmian drugorzędnych, daje powód do powstawania wrzodu stwardniałego o postaciach i przebiegu łagodnym, któremu znowu towarzyszą łagodne postacie następowe. Teorya ta, jakkolwiek na pozór wysoce prawdopodobna i ponętna, jest jednak w rzeczywistości nieprawdziwą, za czem przemawiają przytoczone przez nas przypadki, które zanadto wymownie przeciw niej świadczą; kazuistyka bowiem nasza wykazuje przypadki wrzodów stwardniałych na wargach ust lub sutku, które, jak bez mała przeważna część wrzodów na tych częściach ciała położonych, odznaczały się znaczną stwardniałością i wielkimi rozmiarami, dawały powód do znacznego obrzmienia gruczołów chłonnych a w dwóch przypadkach wikłały się z fagadenizmem. Zmiany następowe były także uporczywe a nawet i ciężkie. Źródłem zaś tych wrzodów były zmiany drugorzędne, po których, trzymając się teoryi przez Didaya wypowiedzianej, raczej łagodnych wrzodów i kiły następowej spodziewaćby się było należało.

Bądź jak bądź w sprawie rokowania co do kiły następowej trzymamy się tej zasady, że do pewnego stopnia wrzód pierwotny jest dla nas wyrazem, jakich zmian następowych spodziewać się w przyszłości należy. Im cięższa postać wrzodu, jeżeli tylko na nią nie złożyły się wpływy zewnętrzne szkodliwe, tem uporczywsze będą także postacie następowe, albowiem ta sama przyczyna, która dała powód do złośliwego przebiegu wrzodu pierwotnego, jest także przyczyną powstawania cięższej kiły ogólnej. Z tego zapatrywania się wychodząc widzimy, jak ważną rolę odgrywa w leczeniu kiły uwzględnienie tych wszystkich czynników, które składać się mogą na rokowanie w tej chorobie.

Dostrzegliśmy także w swoich przypadkach jednę jeszcze cechę charakterystyczną, że zmiany następowe po wrzodach stwardniałych poza częściami rodnemi, a szczególniej uwydatnia się to bardzo dobitnie we wrzodach warg, migdałków i sutków, najliczniej grupują się w sąsiedztwie miejsca przez wrzód zajętego. (*Regionäre Infection* Langa).

W końcu przytoczyć chcemy niektóre przypadki zwracające na siebie szczególniejszą uwagę, czy to przyczyną z jakiej powstały, czy charakterem, czy przebiegiem, czy liczbą, czy wreszcie w ogóle jakąkolwiek wybitniejszą cechą.

Jeżeli postępować chcemy porządkiem ostatniej tablicy, przejrzeć musimy najpierw niektóre wrzody jamy ustnej a szczególnie warg.

Z tych ostatnich wrzodów zasługuje na szczególniejszą uwagę tak postacią swą i następstwami, jakoteż zmianami drugorzędnemi, przypadek następujący: u służącej M. S., starszej, bo 40-letniej, powstaje wrzód bardzo rozległy, tkanką zgorzelinową pokryty, który, rozszerzając się, zajmuje całą wargę dolną ust aż do połowy brody i trwając przez 3 miesiące niszczy ją zupełnie. Wrzód ten powstał w Kwietniu r. 1891., z końcem Maja już tegoż roku pojawia się obfita osutka guzkowa na całej powierzchni skóry, przeobrażająca się miejscami w krosty a nawet w niesztowice (*ecthyma*) i brudziec (*rupia*), pozostawiając po sobie blizny. Wśród leczenia naprzemian rtęcią, którą chora źle znosiła, i jodkiem potasu zmiany na skórze, wprawdzie wolno, ale ustępują; z końcem Września tegoż roku jednak pojawia się żółtaczka, obrzęk wątroby, bolesność w jej okolicy, ogólne osłabienie i wyniszczenie, co wszystko po kilkotygodniowem trwaniu doprowadza do śmierci, oględziny zaś pośmiertne wykazują: *Atrophia flava hepatis nec non cirrhosis pancreatis. Tumor lienis acutus. Ascites. Icterus. Ecchymoses peritonei. Degeneratio adiposa renum. Pneumonia lobularis ambilateralis.*

Drugi, przyczyną swą pewien interes budzący, jest przypadek wrzodu u kobiety, 56 lat liczącej, która podaje: Przed dwoma miesiącami przebywała w klinice chorób skórnych i wenerycznych z powodu przeczosów na wardze dolnej ust

[1]) Archiv für Dermat. u. Syphilis 1894. II. Heft, s. 184.

i rychło wyleczona opuściła klinikę, wkrótce jednak warga znowu się „rozjadziła“. Owrzodzenie to na wardze powstać miało po ugryzieniu jej przez wnuczkę rok wieku liczącą, leczoną w klinice powyższej na kiłę drugorzędną. Badanie wykazuje nader liche odżywienie; z gruczołów ogólnie mało obrzękłych najwięcej gruczoły karkowe i podszczękowe charakterystycznie powiększone. Na wardze dolnej ust wrzód wielkości korony austryackiej o podstawie stwardniałej. Na łuku gardłowym prawym kłykcina sącząca a na skórze plamy kiłowe dość skąpo rozsiane, ale na całej powierzchni skóry; przytem chrypka, a badanie wziernikowe wykazuje: *laryngitis erythematsoa syphilitica*. Po podaniu chorej przez dwa tygodnie arszeniku z żelazem i dobrem jej odżywianiu, przystąpiono do leczenia rtęcią w postaci pomazywań sposobem Welandera, po których (w liczbie 12) wszystkie zmiany ustąpiły a chora po czterotygodniowym pobycie opuściła szpital. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Rozpatrując ogólne uwagi na wstępie podane o napojach wyskokowych i mając na uwadze względną ich wartość higieniczną powyżej uzasadnioną, musimy przyznać, że byłoby to wielkim postępem pod względem higienicznym, gdyby w kraju naszym podniosła się konsumcya piwa, albowiem niezawodnie wpłynęłoby to na zmniejszenie się konsumcyi najszkodliwszego napoju wyskokowego, t. j. wódki, która niestety jest ulubionym napojem naszego ludu, osłabia jego siły intellektualne, przyczynia się do powiększenia chorobliwości i śmiertelności i paraliżuje prawidłowy rozwój jego pod względem ekonomicznym i społecznym.

„Wieśniak nasz potrzebuje koniecznie wódki, bo pracuje w klimacie ostrym, żywi się licho. Piwo wódki nie zastąpi“, odrzeknie zatwardziały konserwatysta, piwo takie, jakie zazwyczaj przystępne jest wieśniakowi naszemu, nadzwyczaj słabe, ubogie w części pożywne, przypominające w smaku wodę zaprawioną goryczką, nie zadowolni go, lecz gdyby mógł nabyć tanio piwa lepszego, mocniejszego, prawidłową ilość składników zawierającego, któreby go rzeczywiście przy pracy rozgrzało a przytem pożywiło, z pewnością przywykłby do niego i zaniechałby używania wódki ku własnemu dobru tak pod względem fizycznym jak moralnym.

Jakie olbrzymie sumy wydaje lud nasz na wódkę, nie przypuści, kto bliżej w rzecz nie wejrzał. Przez dłuższy lat szereg miałem sposobność stykać się bliżej z ludem w powiecie krakowskim i na podstawie dat urzędowych, odnoszących się do wysokości czynszu dzierżawnego z propinacyi w powiecie opłacanego, taksy szynkarskiej i t. p. przekonałem się, że w powiecie tym (bez miasta Krakowa) nie mniej jak 300.000—400.000 złr. w. a. pochłania wydatek na wódkę rocznie spotrzebowaną. Zatrważająca to cyfra, dozwalająca w części zrozumieć niestósunkowo powolny postęp ludu pod względem ekonomicznym!

O ileżby korzystniej było, gdyby lud nasz ograniczył używanie wódki a przywykł (oczywiście w granicach przez higienę wskazanych) do piwa. Widzimy, że lud wiejski w Niemczech hołdujący piwu, a w niektórych okolicach nawet go nadużywający rozwija się pięknie pod względem ekonomicznym i społecznym, zatem piwo, o ile nie jest nadużywane, nie czyni go ociężałym, nie osłabia wydatności jego pracy fizycznej i intellektualnej.

Można zdaniem mojem z pewną, nawet wielką szansą powodzenia działać w tym duchu, lecz trzeba przedewszystkiem umożebnić ludowi uzyskanie piwa dobrego, higienicznego, odżywczego a taniego, utrudnić zaś równocześnie używanie wódki.

Przedewszystkiem rozwojowi browarów, produkcyi piwa zwłaszcza l e p s z e g o stoi na przeszkodzie nazbyt wysokie opodatkowanie piwa, które czyni produkt ten drogim a rozpowszechnienie go między naszym ludem wprost udaremnia. Jakże przedstawia się w Austryi sposób opodatkowania piwa, jakim jest ten sposób w porównaniu z opodatkowaniem wódki, czy widoczną jest w sposobie tym chociaż w przybliżeniu tendencya uwzględniania zasad higienicznych bez uszczerbku dla skarbu?

Podatek od produkcyi piwa wymierza się w Austryi według ilości brzeczki i stopnia wskazanego sacharometrem. Od stopnia i hektolitra opłaca się 16·7 centa, od hektolitra tedy brzeczki 10 stopniowej podatek ten wyniesie 1·67 złr. w. a.

Nadto opłaca się w Wiedniu od hektolitra piwa w miejscu wyrobionego lub do miasta wprowadzonego 1 fl. 68 ct., w miastach zaś zamkniętych jak Kraków, Lwów po 7 ct. od stopnia hektolitrowego, zatem po 70 ct. od hektolitra piwa 10 stopniowego w mieście wyrobionego, po 84 ct. zaś hektolitra piwa wprowadzonego bez względu na jego stopień.

Na jednym tedy hektolitrze piwa średniej mocy, n. p. 12 stopniowego ciąży podatku państwowego samego w Wiedniu 2 złr. + 1·68 = 3·68, w Krakowie zaś 2 złr. + 84 ct. tak od wyrobionego w miejscu jak i wprowadzonego.

Nadto przypada jeszcze w Krakowie dodatku gminnego 1 złr. w. a. od hektolitra i dodatku krajowego 50 ct. od hektolitra bez względu na jakość piwa. Cały tedy podatek od piwa 12 stopniowego, zanim dostanie się do piwnicy kupców wynosi 4 złr. 34 ct., czyli na litrze ciąży prawie $4^1/_2$ ct. w. a. podatku. Konsument nadto opłacić musi taksę wyszynkową i odpowiedni procent zysku handlującego. Przypuściwszy, że 11 stopniowe piwo zawiera $3^0/_0$ alkoholu, zatem hektolitr 3000 gramów alkoholu, wynika, że od hektolitra alkoholu w piwie opłaca się w Krakowie 144 złr. 66 ct.!

Równocześnie według ustawy z roku 1888 opłaca się w Krakowie od hektolitra alkoholu (w wódce) 45 złr. względnie 35 złr. (niekontyngensowy, względnie kontyngensowy) nadto 21 złr. 85 ct. dodatku gminnego, (dodatek krajowy według ustawy z 15. Kwietnia 1894 po 3 złr. od hektolitra, po 4 złr. zaś od hektolitra wódek słodzonych będzie nadto od 1 Stycznia 1895 pobierany), zatem łącznie 66 złr. 85 ct. względnie 56·85; taż sama więc ilość alkoholu w piwie jest prawie 3 razy wyżej opodatkowana, niż w wódce. Wobec tego rzecz jasna, że ustawodawstwo podatkowe przy oznaczaniu wysokości podatku od piwa i wódki widocznie nie uwzględnia strony higienicznej; od upojenia się wódką bowiem konsument opłaca 3 razy mniejszy podatek, niż od upojenia się piwem, nie uwzględniając już tego, że tą samą ilością alkoholu w piwie nie doprowadzi do tego samego stopnia błogiego stanu oszołomienia, (prawda, poetyzowanego i wielbionego w mytologii germańskiej), jaki sprawi wódka o tej samej ilości alkoholu; pocóż więc ma porzucać wódkę pocieszycielkę i narażać się na 3 razy wyższą taksę podatkową?

Ale nie na tem koniec. Porównajmy sposób opodatkowania produkcyi piwa w Austryi i Cesarstwie Niemieckiem. W Niemczech pobiera się podatek od ilości materyałów użytych do wyrobu piwa, mianowicie od słodu; za centnar cłowy (50 kilo) słodu do produkcyi użytego opłaca się 2 marki. Ztąd wynika, że ustawodawstwo podatkowe niemieckie tylko pośrednio uwzględnia stopień zgęszczenia piwa, przeto nie stanowi różnicy w stopniu opodatkowania na niekorzyść piw lepszych, więcej odżywczych, jak to czyni ustawodawstwo austryackie. Ztąd prawdopodobnie też od roku 1873. stale

zmniejsza się produkcya piw silniejszych (leżaków), wzrasta zaś produkcya piw słabych (10 stopniowych).

Nie tylko więc wysokość podatku na piwo nałożonego, lecz także sposób jego wymierzania działa niekorzystnie na rozwój produkcyi w Austryi.

Wprawdzie wydaje się słusznem i sprawiedliwem, aby piwo silniejsze, droższe, było wyżej opodatkowane, niż piwo tanie, lekkie, mało odżywcze, jednak zdaniem mojem winno się to odnosić tylko do piw bardzo mocnych. porterów i t. p. mocniejszych nad 13 stopni. Jednakie opodatkowanie piw do 13 stopni wpłynęłoby korzystnie na wzrost produkcyi piw lepszych i działałoby skutecznie celem ograniczenia konsumcyi wódki; piwo bowiem lekkie, mało odżywiające, nie zastąpi w szczególności u naszego ludu wódki, może ją jednak zastąpić piwo lepsze, nieco cięższe, ilość zaś alkoholu w piwach cięższych nie rośnie w tym samym stósunku, co ilość składników odżywczych.

Na podstawie powyżej podanych i uzasadnionych uwag, uwzględniając nadto stósunki naszego kraju, pozwalam sobie ze stanowiska higienicznego poczynić następujące wnioski:

1) Wszelkie działanie celem odwrócenia naszego ludu od używania wódki a przyzwyczajenia go do używania piwa jest zgodne z zasadami higieny i jest jednym ze środków zaradczych przeciw alkoholizmowi.

2) W powyższym celu starać się należy o umożebnienie naszemu ludowi uzyskania piwa dobrego i taniego.

3) Przez pokaźne obniżenie podatku państwowego i dodatku gminnego od piwa (dodatek krajowy jest nieznaczny) należy podnieść i poprzeć produkcyę piwa.

4) Podatek stósowniej będzie ze względu na zasady higieny wymierzać w sposób w Niemczech przyjęty, t. j. od ilości jęczmienia lub słodu do wyrobu piwa zwykłego a nie w sposób dotąd w Austryi praktykowany, według stopnia piwa lub też wprost od hektolitra piwa bez uwzględniania stopnia od piw najsłabszych aż piwa 13-to stopniowego, aby w ten sposób poprzeć wyrób piw lepszych, więcej odżywczych, nadto przyznawać zwrot podatku od piwa na wywóz za granicę przeznaczonego, który, póki obowiązuje sposób opodatkowania według stopni brzeczki, również według stopni piwa (10, 13, 15% i t. d.) zwracać należy. aby w ten sposób przez ułatwienie wywozu, poprzeć produkcyę piwa (projekt takiż, o ile mi wiadomo, ma wkrótce opracować c. k. Ministerstwo skarbu).

5) Równocześnie podwyższyć należy znacznie podatki od wyskoku i wódek, aby ich konsumcyę ograniczyć. Podwyższenie konsumcyi piwa winno wynagrodzić skarbowi państwowemu, względnie krajowemu i gminnemu ubytek podatku od piwa, stanowczo z nadwyżką, najprawdopodobniej bardzo pokaźną.

6) Poczynić ulgi podatkowe restauracyom, w których napoje wyskokowe tylko dodatkowo podaje się przy pokarmach.

7) Obmyślić i zaprowadzić energiczniejszy i skuteczniejszy, niż dotąd dozór zdrowotno-policyjny nad napojami wyskokowemi, w szczególności piwem, osobliwie w gminach wiejskich.

8) Poczynić zarządzenia celem umożebnienia robotnikom we fabrykach otrzymania ciepłej herbaty, kawy i zup za cenę kosztu tych artykułów; równocześnie wzbronić sprzedaży wódki w zakresie fabryk a jeżeli możebne, i w najbliższem ich sąsiedztwie. (W c. k. fabrykach tytoniu i cygar już od niejakiego czasu mogą robotnicy otrzymać w porze obiadowej rosół lub zupę a nawet pożywny obiad, w którego skład wchodzi kawałek mięsa, jarzyna i chleb za cenę 10 ct. w. a., co jest godnem uznania).

9) W miastach popierać urządzenie kiosków z herbatą i kawą dla uboższej ludności.

Kraków w Sierpniu 1894.

Bakteryologia.

F. Henke: **O rozszerzaniu się** *bacterium coli commune* **poza ustrojem i o nowym prątku Gärtnera, gaz wytwarzającym.**

W Październiku 1893 r. przysłano do pracowni prof. Jürgensena opatrunki przesiąkłe ropą, pochodzącą z ropnia opłucnowego w celu zbadania pod względem obecności prątków gruźliczych. Gdy badanie ich nie wykryło, H. wymoczywszy kawałki gazy we wodzie wyjałowionej, otrzymał zawiesinę, z której jednę strzykawkę wstrzyknął morskiej śwince do jamy brzusznej. W 24 godzin potem zwierzę padło a sekcya wykazała świeże zapalenie otrzewnej z wypociną nieco mętnawą, powłoki brzuszne surowiczo-krwawo naciekłe, obrzmienie śledziony i gruczołów kreskowych. W wypocinie mnóstwo prątków podobnych kształtem do *bacterium coli*. Hodowle z wypociny i krwi serca wykazały również prątki podobne do *b. coli* a na agarze z cukrem w temperaturze ciała w przeciągu jednego dnia wytworzyło się mnóstwo pęcherzyków gazowych, jużto większych, jużto mniejszych, najwięcej zaś w miejscu szczepienia. Badanie własności morfologicznych i biologicznych tych prątków przekonało autora, iż ma do czynienia z *b. coli*, które również na agarze z cukrem wytwarza gaz w obfitej ilości.

Druga świnka szczepiona do otrzewnej krwią z serca poprzedniej padła po 48 godzinach wśród objawów podobnych do pierwszej

Trzecia świnka, której krew zastrzyknięto drugiej pod skórę, pozostała przy życiu, w miejscu zaś szczepienia wytworzył się wrzód głęboki obficie wydzielający ropę, w której można było wykryć mnóstwo prątków. Widocznie zmniejszyła się jadowitość zarazka, skoro trzecia świnka nie padła. W końcu zastanawiając się nad nowym prątkiem Gärtnerowskim, gaz wytwarzającym, przychodzi H. do przekonania, iż tenże jest *b. coli*, które również gaz wytwarza obficie, że *b. coli commune* nie tylko znajduje się w kale ludzi zdrowych i chorych, w krótkim czasie po śmierci napotkano go w wątrobie, śledzionie, nerkach i we krwi serca, lecz rozwija się także i poza ustrojem, w powietrzu, wodzie i na gnijących płynach (*B. neapolit. Emmer.)*. H. również zwraca uwagę na to, że przypadki ostrego zapalenia wola i tkanki łącznej podskórnej *(phlegmone)* z wytworzeniem gazów, należy sobie tłómaczyć wniknięciem *b. coli* z powierzchni, n. p. przez małą rankę, przez co powstaje w jednym przypadku ropienie a w drugim gaz, odpowiednio do zachowania się w hodowlach. *(Centralbl. f. Bakteriologie und Parasitenk.* T XVI. Nr. 12/13). *Dr. L. Haim.*

Toksykologia.

Kaempfer: **Dwa przypadki otrucia lizolem.**

K. zwraca uwagę na mylność zdania, jakoby lizol był bezpiecznym środkiem przeciwgnilnym i mało drażnił tkanki. Przekonał on się, iż lizol nawet w 1% roczczynie działa na skórę i mocno ją drażni. Pewnemu robotnikowi zalecono obok sublimatu okładać ranę naokoło pierwszej falangi średniego palca ręki lewej kompresem wysychającym z 1% roczczynu lizolu. Następstwem tego leczenia było nader groźne zapalenie, które zajęło niemal całą skórę i to w ten sposób, że zapalenie jej na ręce okazywało cechy sączącego się wyprysku ostrego, skóra zaś na tułowiu była dotkniętą rumieniem (*erythema*). Bezsenność i ból dotkliwy a przedewszystkiem 6-cio tygodniowe trwanie choroby sprowadziły znaczne upośledzenie ogólnego odżywienia.

Wobec tego, że w powyższym przypadku używano prócz lizolu także i innych nieobojętnych środków, jak sublimatu, nie można było twierdzić na pewne, iż lizol w istocie zmiany te wywołał.

Tymczasem wydarzył się autorowi drugi przypadek, w którym po zastosowaniu wyłącznie 0·5% roczczynu lizolu na skórę wystąpiły takie same zmiany wśród znacznego podwyższenia ciepłoty. Z usunięciem opatrunku z lizolu, ustąpiły rychło objawy ostrego zapalenia skóry.

W końcu przestrzega autor przed używaniem lizolu w praktyce położniczej. *(Deutsche med. Wchschrift* Nr. 34. 1894). *Wachholz.*

Medycyna sądowa.

Wachholz: Z kazuistyki otruć fosforem. Przypadek spędzenia płodu za pomocą fosforu. Zamordowanie dziecka przez otrucie fosforem.

W. opisuje przypadek tyczący się zamężnej kobiety, która mając już kilkoro dzieci a zaszedłszy ponownie w ciążę, wypiła w kawie zeskrobane główki z zapałek fosforowych celem spędzenia płodu. Mimo, iż wedle swego rozumowania użyła fosforu w ilości małej, to jest takiej, aby wystarczyła do zabicia płodu bez narażenia jej życia, zmarła w czwartym dniu wśród wybitnych objawów zatrucia fosforowego.

W. zwraca swą uwagę na tę okoliczność, że zapewne niejeden przypadek otrucia się ciężarnej zapałkami fosforowemi, uważa się mylnie za samobójstwo, albowiem dość powszechnym jest przesąd między kobietami, iż fosfor w małej ilości jest doskonałym środkiem spędzającym płód bez narażenia zdrowia matki, jeźli tylko użyje się go w stosownej ilości.

Wreszcie opisuje W. przypadek zamordowania za pomocą zapałek fosforowych dwumiesięcznego dziecka przez matkę.

W końcu czyni autor tę słuszną uwagę, iż byłby czas, aby władze wzbroniły używania zapałek fosforowych, wyrządzających społeczeństwu corocznie dotkliwe szkody, zwłaszcza, iż można je zastąpić w zupełności o wiele bezpieczniejszemi zapałkami szwedzkiemi. *(Zeitschrift f. Medicinalbeamte.* Nr. 19. 1894). *W.*

Zapiski terapeutyczne.

— W. Cnyrim (ze szpitala we Frankfurcie nad Menem): Dwa przypadki zachorowania po użyciu surowicy przeciwbłoniczej. Asystent szpitalny zachorował 23. Października na zapalenie gardła, które bakteryologicznie rozpoznano jako błonicę. Następnego dnia wstrzyknięto mu 10 cm.^{3} numeru 2-go surowicy Behringa a 25. Października również 10 cm.^{3} numeru 3-go. Choroba, która wystąpiła lekko z samego zaraz początku i w dniu 24. t. m. doszła do 39·6° C. w odbytnicy, już w d. 26. t. m. opuściła pacyenta, który nie miał więcej żadnej gorączki. Mimoto ozdrowienie szło powoli a ciężar ciała zmniejszył się o $3^1/_2$ kilograma.

W dniu 31. Października wystąpiła na lewem udzie w miejscu, gdzie wstrzykiwano surowicę, osutka podobna do pokrzywki *(urticaria)* z wielkiemi, płaskiemi, blademi i mocno swędzącemi wzniesieniami skóry. Dnia 1. Listopada wieczorem 38·2°. 2. Listopada rano 36·8°, w. 38·8. Obrzmienie i mierna bolesność gruczołów limfatycznych pozaszczękowych i pachwinowych. Ból głowy, uczucie ogólnego osłabienia. W dniu 3. Listopada rano 38·0, w. 39·5. Prócz pokrzywki plamy małe, czerwone, nieswędzące na rozmaitych miejscach skóry. Obrzmienie wszystkich dostępnych dla obmacania gruczołow limfatycznych. Bóle głowy, mięśni, stawów. Uczucie ciężkiej choroby. Dnia następnego (4. Listopada) osutka zaczyna blednąć, temperatura od 38·0 do 38·4. Ogólny stan lepszy. W dniach następnych ustępują powoli wszystkie objawy chorobowe, ale dopiero 9. Listopada była temperatura prawidłowa; zostało wszakże uczucie bardzo wielkiego osłabienia tak, iż pacyent niezdolny do żadnej pracy, w dniu 12. Listopada pojechał do rodziny w celu zrestaurowania swych sił.

Prawie równocześnie z wymienionym zachorował w podobny zupełnie sposób na zapalenie gardła drugi asystent szpitalny, wstrzyknął sobie przeto w dniu 25. Października 10 cm.^{3} numeru pierwszego surowicy leczniczej Behringa i prócz małej bolesności w miejscu wstrzyknięcia, utrudniającej wszakże znacznie chodzenie, był w dniu 27. i 28. t. m. zupełnie zdrów. W dniach 29. i 30. Października uczucie ogólnego osłabienia, brak snu i apetytu, podniesienie się temperatury ciała. W dniu 31. Października rano nadzwyczaj gwałtowne, rwące bóle w karku. Wieczorem 39·1. Dnia następnego rano 38·9°, w. 39·6, obrzmienie gruczołu limfatycznego pod szczęką. Pokrzywka. 2. Listopada 38·3° do 39·2. Obrzmienie wszystkich dostępnych badaniu gruczołów limfatycznych. Wzmaga się pokrzywka; prócz tego gdzieniegdzie na skórze rumień jasno czerwony *(erythema)*. W dniach następnych powolny spadek temperatury, sklęśnięcie gruczołów limfatycznych, ustępowanie innych objawów chorobowych, natomiast pojawiają się parestezye w obydwóch rękach i gwałtowne bóle w ramionach i przedramionach, przeważnie wzdłuż pni nerwowych i ustępują powoli w dalszym przebiegu choroby. Chory stracił na ciężarze $2^1/_2$ kilograma.

Równoczesność i nadzwyczajne podobieństwo choroby w obydwóch tych przypadkach nakazują przypuścić, że miało się do czynienia bez wątpienia ze skutkami surowicy leczniczej, którą wzięto z Höchst. O żadnem zanieczyszczeniu strzykawek lub braku aseptyki w ogólności nie może być mowy a nadto wstrzykiwania robił jednemu pacyentowi i inną strzykawką kto inny, jak drugiemu.

Autor wstrzymuje się od wszelkiego sądu o tych przypadkach, ale zwraca uwagę, iż według podania chorych, a byli nimi przecież lekarze, cierpienia ich były bez porównania cięższe od lekkiej błonicy, tudzież, że podobne zachorowanie dziecka małego lub słabowitego uważać trzebaby za sprawę bardzo poważnego znaczenia. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 29. Listopada 1894).

— T. Kölliker: Znieczulanie miejscowe eterem Königa[1]). Z powodu rozmaitych niedogodności znieczulania miejscowo eterem, jak potrzeby długiego czasu do nastania niezupełnej zresztą utraty czucia i znacznego bólu za jego powrotem, odstąpił autor od używania eteru do znieczulania miejscowego a wrócił doń dopiero po otrzymaniu eteru Königowskiego, który odznacza się bardzo niskim punktem wrzenia, znieczula nader rychło i zupełnie i sprawia ból wcale nieznaczny. Do samego zabiegu używa autor rozpylacza Richardsonowskiego, bacząc, żeby rurka od niego znajdowała się blisko właściwego miejsca skóry a rozpylanie odbywało się w tempie szybkiem i krótkiem. Znieczulanie miejscowe eterem Königowskim nadaje się przedewszystkiem do małych operacyj, jak nacinania powierzchownych ropni i zanogcic, czyraków, wycinania małych guzów jak kaszaków, torbieli skórzakowych, wrośnięć paznogcia, podskórnych tenotomij itp. Nawet większe operacye, jak laparotomie i herniotomie można wykonać w znieczuleniu miejscowem zapomocą eteru Königa, jeżeli nie wolno użyć narkozy ogólnej. *(Deutsche med. Wchschrft.* 22. Listopada 1894).

— Do leczenia miejscowego błonicy gardła zaleca N. Ignatowski pomazywanie błon wrzekomych co jedną lub dwie godziny tamponami z waty napojonemi płynem:

142) Rp. *Olei menthae aetherei* 8·00
Olei terebinthinae rectif.
Petrolei $\widehat{aa}$ 30·00

— Jeżeli grozi poronienie, radzi K. Marocco, docent ginekologii w Rzymie, tamponować pochwę gazą napojoną gliceryną i zadać wewnętrznie trzy proszki (w odstępach godzinowych):

146) Rp. *Phenacetini* 0·30
Morphini muriatici 0·01
M. f. p.
Dentur tales pulveres tres.

— Przeciw podnieceniu w przebiegu płonicy u dzieci radzi J. C. Wilson podawać chloral według wzoru:

147) Rp. *Hydratis chlorali* 2·00
Syrupi lactucarii
Aquae destil. $\widehat{aa}$ 50·00
MDS. Zadawać co 2 do 4 godzin po łyżce stołowej.
(La semaine médicale. 28. Listopada 1894).

[1]) Chemiczna fabryka Dra Henryka Königa i S-ki w Lipsku, Dufourstrasse 15.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 10. Października 1894.
Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że zbliża się termin zwołania komisyi statutowej Towarzystwa lekarskiego; ktoby więc z członków chciał proponować jakie zmiany w statucie, winien zrobić to przed 15-tym Listopada.

3) Kol. Baurowicz miał odczyt: *O twardzielu nosa i krtani* (już ogłoszony w *Przeglądzie lekarskim*).

Kol. Bujwid okazał rzucone za pomocą przyrządu projekcyjnego na ekranie obrazy hodowli i preparatów mikroskopowych laseczników twardzieli (*rhinoscleroma*) z przypadków spostrzeganych przez kol. Baurowicza. W dyskusyi zwraca on uwagę na ważne znaczenie dyagnostyczne badań bakteryologicznych w przypadkach twardziela, tem bardziej, że badania te są nader proste i łatwe. Najprostszem jest, jak to czynił mówca, zaszczepienie wydzieliny nosa czy innej części dotkniętej cierpieniem, na agar-agar. Wyrosłe ztąd kolonie zazwyczaj przedstawiają hodowle nie czyste, lecz mięszaninę różnych drobnoustrojów, wśród których jednak łatwo jest odróżnić dość duże plamy kolonij *bacillus rhinoscleromatis* o charakterystycznem wejrzeniu. Dalsze badanie mikroskopowe potwierdza rozpoznanie.

Kol. Kryński uważa za odpowiedniejsze szczepienie na pożywkach nie wydzieliny z powierzchni, lecz soku tkankowego, wziętego drucikiem platynowym ze świeżo naciętej powierzchni tkanek twardzielowych. W ten sposób postępował mówca w przypadkach, które obserwował w klinice chirurgicznej i przekonał się, że drogą tą otrzymuje się wynik prędzej i pewniej, gdyż w większości przypadków hodowle laseczników twardzieli wyrosłe na agarze są zupełnie czyste.

Kol. Pieniążek jest nieco odmiennego zdania od prelegenta a mianowicie uważa, iż nie mamy jeszcze prawa ani odrzucać z góry t. zw. *blennorrhoea Stoerki*, ani też odnosić wszystkich przypadków *chorditis hypertrophica inferior* do *scleroma laryngis*, zależnego od prątków Frischa. Przypadki Stoerka odznaczały się brakiem wszelkiego przerostu w nosie, przeciwnie nawet był zanik błony śluzowej, podobnież w żadnym z nich nie było *chorditis hypertroph. inf.*, lecz głównie tylko *hyperplasia* w przednim kącie głośni. Żąda więc mówca, aby w szeregu takich przypadków wykazano obecność prątków Frischa a wtedy dopiero będziemy mogli wyrzucić nazwę *blennorrhoea Stoerki* i wszystkie takie przypadki uważać za *scleroma*. (Sprawozd. własne).

Kol. Bujwid zgadza się w zupełności ze zdaniem kol. Kryńskiego, iż szczepienia wypadają lepiej, jeżeli zamiast wydzieliny szczepić z naciętej świeżo tkanki i w przypadkach gdzie to możliwe, sposób ten poleca.

Kol. Baurowicz w odpowiedzi kol. Pieniążkowi oświadcza, iż Stoerk do swojej *blennorrhoea* wliczał najróżniejsze przypadki, nawet zwykłe nieżyty przewlekłe; mimoto opisał szereg przypadków, które tylko za *scleroma* uważać należy. Co się tyczy *chorditis hypertrophica inf.*, mówca na podstawie dotychczasowych obserwacyj własnych i danych z literatury obstaje za twardzielową ich naturą, nie wyłącza jednak możliwości, że znajdzie się przypadek, w którym wykazać będzie można inną przyrodę cierpienia. (Sprawozd. własne).

4) Kol. Bujwid miał wykład: *O metodach badania wody* mający ukazać się w druku w *Przeglądzie lekarskim*.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 24. Października 1894 r.
Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Beck okazał kamyk ślinny, który ś. p. Dr. Jeleński wkrótce przed śmiercią wydobył z przewodu Wartona. Przypadek opisany dokładnie prze niego, w artykule przeznaczonym dla *Przeglądu Lekarskiego* tyczył się 40-letniej kobiety, która zgłosiła się do niego z cierpieniem okazującem wszystkie cechy żabki (*ranula*). W ciągu leczenia, wytworzył się ropień, który Dr. J. otworzył. Gdy mimo to cierpienie nie ustępowało, badał dokładniej i wtedy okazało się, że w brodawce podjęzykowej (*caruncula sublingualis*) tkwi odłamek ości słomkowej.

Wydobycie tej ości również nie doprowadziło do zagojenia się ranki. Dopiero w kilka dni później powtórne badanie wykazało w przewodzie Wartona ciało obce, które Dr. J. wydobył a które było kamykiem ślinnym wielkości grochu, o powierzchni nierównej, grudkowatej. Związek przyczynowy pomiędzy dostaniem się do przewodu gruczołu ślinnego podszczękowego ości a wytworzeniem sie następnie kamyka ślinnego, jest bardzo prawdopodobnym.

Po wydobyciu kamyka ślinnego ranka zagoiła się rychło.

W dyskusyi oświadcza kol. Obaliński, iż kamyki ślinne tej wielkości nie należą do rzadkości; mówca sam operował kilkakrotnie z tego powodu a między innymi przed dwoma laty w Zakopanem wydobył u mężczyzny trzydziestokilkoletniego z przewodu podjęzykowego kamień wielkości orzecha tureckiego. Mówca nie zupełnie zgadza się na tak ścisły związek przyczynowy pomiędzy istnieniem ości w jądrze kamienia a jego powstaniem, gdyż jest dużo przypadków, gdzie takiej ości niema, a kamienie mimo to się tworzą.

Kol. Cybulski jest zdania, iż nie można w powstawaniu kamieni ślinnych upatrywać zupełnej analogii do tworzenia się n. p. kamieni zębowych, gdyż stosunki, w których one powstają, są zupełnie odmienne. W ślinie obok soli wapniowych znajduje się także kwas węglowy; gdy wskutek zetknięcia się z powietrzem CO_2 się wydziela, niektóre z tych soli wydzielają się i przy współudziale niższych ustrojów, śluzu i ciałek ropnych wytwarzają kamień zębowy. Nic podobnego oczywiście nie może nastąpić w przewodzie ślinnym.

Kol. Kryński. Na kwestyę tworzenia się kamieni w ustroju w ogóle, kamieni zaś ślinnych w szczególności najnowsze badania rzuciły dużo światła. Zasługuje pod tym względem na uwagę praca Langego ze Sztrasburga, drukowana w ostatnim zeszycie *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* o kamieniach w migdałkach. Opisał on przypadek kamienia, wielkości jaja kurzego wydobyty operacyjnie z głębi migdałka u mężczyzny 30-letniego. Analiza chemiczna kamienia, wykonana w pracowni Hoppe Seylera, wykazała, iż składał się on w 82 częściach z fosforanów, w 4-ch z węglanów; pozostałość stanowiły substancye organiczne i woda. Części organiczne mieszczą się głównie w samym środku kamienia, tworząc t. zw. jądro, składające się, pomijając różne związki organiczne, w znacznej części z elementów morfologicznych. Te ostatnie dwojakie głównie mają pochodzenie: 1-o są to złuszczone komórki nabłonkowe wraz po części z wydzieliną błony śluzowej ust, ciałkami limfatycznemi i ślinnemi, 2-o drobnoustroje, głównie zaś *leptothrix buccalis*. Wszystkie te twory, nagromadzając się coraz to w większej ilości w zatokach migdałka, zamykają ich otwór na zewnątrz i obecnością swą drażnią coraz bardziej otaczającą tkankę. Jeżeli drogą odczynu zapalnego migdałek nie uwolni się od obecności takiej masy, może ona powoli twardnieć, zasiąkać solami mineralnemi i stopniowo przemieniać się w kamień. Analogiczne jest powstawanie kamieni śluzowych i zębowych, w których jądrze znaleść można w wielkich ilościach *leptothrix baccalis*, jednakże skład ich chemiczny różni się dość znacznie od składu kamieni migdałków: gdy te, jak wspomnieliśmy, składają się przeważnie z fosforanów (Ca i Mg.), kamieni ślinnych i zębowych głównym składnikiem jest węglan wapniowy. Tę nadzwyczajną obfitość fosforanów objaśnia Lange znacznym udziałem, jaki biorą w tworzeniu kamieni migdałków elementy morfologiczne podłoża tkankowego.

Kol. Bujwid: Badaniami nad powstawaniem kamieni w ustroju, o których wspomniał kol. Kryński, zajmowano się żywo w sekcyi patologii ogólnej na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Rzymie. Między innymi mówił Chiari o tworzeniu się kamieni żółciowych; jego zdaniem przyczyną ich są drobnoustroje, wywołujące daną zasadniczą chorobę w ustroju, w której przebiegu lub po jej ustąpieniu dostają się na błonę śluzową pęcherzyka żółciowego, wywołują podrażnienie jej i z czasem jako ciało obce same ulegają zwapnieniu dając tym sposobem początek tworzeniu się kamieni. W jednym przypadku w jądrze takich kamieni znalazł Chiari masy laseczników tyfusowych u człowieka, który rzeczywiście tyfus przebywał.

Kol. Gluziński nie może się zgodzić w zupełności na takie tłomaczenie powstawania kamieni. Znalezienie w jądrze kamienia cząstek morfologicznych nie wyjaśnia nam treści samego zjawiska; te

drobnoustroje wskazują tylko na przyczynę sprawy patologicznej, jaka zachodziła w ustroju czy w danym narządzie przed powstaniem kamieni, lecz nie tłómaczą bynajmniej sposobu ani przyczyny utworzenia się tych kamieni.

3) Dr. chemii Wróblewski okazał dializator własnego pomysłu i wyjaśnił zasady jego budowy i użycie, poczem miał zapowiedziany odczyt: *O różnicy pomiędzy mlekiem krowiem a kobiecem*, oparty na wynikach własnych badań chemicznych.

4) Kol. Pieniążek wyłożył rzecz: *O ciałach obcych w przełyku i drogach oddechowych na podstawie własnej kazuistyki.* Wykład ten przeznaczony do druku w *Przeglądzie lekarskim*. Dyskusyi nie było.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 6. Grudnia 1894 r.

— W dniu 5. b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem po załatwieniu spraw administracyjnych prof. Obaliński miał zapowiedziany odczyt: *O rozpoznawaniu i leczeniu zapaleń chrząstki przyrostkowej w panewce biodrowej* i okazał chorego ze swego oddziału. W dyskusyi nad tym odczytem wzięli udział Dr. Kryński, doc. Bossowski i prelegent. Następnie Dr. Kryński wyłożył rzecz: *O mięsakach w dolnym końcu kości udowej*, przyczem okazał preparaty z przypadków operowanych w klinice chirurgicznej i preparaty mikroskopowe. W dyskusyi przemawiali prof. Obaliński i prelegent.

— Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego, odbytem w dniu 28. z. m. wśród nader licznego zgromadzenia się członków, przypominającego okres tuberkuliny kochowskiej tak niefortunnie zakończony, wyłożył naprzód Rosenberg rzecz o nowym sposobie ogólnego narkotyzowania, w którym wychodząc z twierdzenia, że przypadki śmierci z chloroformu polegają na działaniu zwrotnem ze strony błony śluzowej nosa, zalecał przed chloroformowaniem kokainowanie tejże błony śluzowej. Następnie miał D. Hansemann wykład o błonicy i leczeniu jej zapomocą właściwej surowicy a w wykładzie tym poddał szczegółowej krytyce tak podstawy teoretyczne jak i skutki praktyczne seroterapii i oświadczył, że surowica nie wytwarza odporności, nie wpływa na błonicę swoiście i nie jest całkiem bezpieczną ze względu na swe działanie uboczne, osobliwie na nerki. Można sobie wyobrazić, jakie wrażenie wywarły podobne twierdzenia, nad któremi rozprawy mają toczyć się na następnem posiedzeniu.

— Do jakiego, coraz większego rozdrobnienia na działy a raczej dzialiki naukowe dochodzi peryodyczne piśmiennictwo lekarskie, dowodem okoliczność, iż w Londynie ma wychodzić kwartalnik *Teralogia*, poświęcony patologii życia płodowego.

— W Berlinie na mocy umowy między Towarzystwami lekarskiemi a rządem; mianowicie władzą policyjną otrzymają lekarze praktyczni osobne karty legitymacyjne, upoważniające do przejścia pieszo przez kordony wojskowe i policyjne w mieście zaciągnięte. Sądzimy, iż byłoby rzeczą pożądaną, by i u nas coś podobnego w Krakowie zaprowadzono ze szczególniejszem uwzględnieniem potrzeby przebywania zamkniętej granicy państwa w razie pojawienia się epidemii w kraju sąsiednim. Tak bowiem ogólny obowiązek lekarski niesienia pomocy jak i względ, iż z natury powołania lękarskiego nie ma obawy, by lekarze przenosili cholerę, bo o nią najwięcej tu chodzi, powinnyby wpływać na ułatwienia szczególniejsze dla stanu lekarskiego w tej mierze.

— W bieżącym roku szkolnym liczy wydział lekarski w Paryżu 5144 uczniów, między którymi 1002 cudzoziemców (833 studentów i 169 studentek). Studentek francuskiej narodowości jest tylko 26. Przy tej sposobności zwrócono uwagę, iż w Paryżu jest za dużo młodych lekarzy, nie mających z braku zajęcia dostatecznego utrzymania, gdy na prowincyi jest ich za mało. Wypada przeto, by interesowane gminy w departamentach zaradziły temu stanowi rzeczy przez dawanie zasiłków dla lekarzy, na początek przynajmniej po 1000 franków lub dostarczenie bezpłatnego pomieszkania. Widać przeto z tego, iż i w zamożnej Francyi, podobnie jak u nas, lekarze lubią trzymać się miast większych i wolą zadawalniać się mniejszemi dochodami po miastach, niż przy większych nawet narażać się na trudy praktyki małomiasteczkowej i wiejskiej. Że w tych stosunkach, którym nie łatwo zaradzić, gra rolę przyjemniejsze pod względem umysłowym życie po miastach uniwersyteckich, niż po miasteczkach i wsiach, wątpliwości nie ulega.

— Profesor histologii i embryologii w Tomsku, Dr. A. S. Dogiel, otrzymał od Akademii umiejętności w Petersburgu za swe prace w zakresie histologii układu nerwowego nagrodę Baera, składającą się z medalu złotego, wizerunku Baera i 1000 rubli, nadto od pewnego towarzystwa amerykańskiego 250 dolarów subwencyi na wydanie swej pracy.

— Rządy austryacki i niemiecki wysłały swych delegatów do Paryża celem obejrzenia tamtejszych zakładów rządowych do otrzymywania surowicy leczniczej przeciw błonicy.

— *Gazeta lekarska* donosi, iż rozpoczął się druk drugiego wydania Dyagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych Dra Władysława Biegańskiego (w Częstochowie); w wydaniu tem, przez autora znacznie powiększonem i uzupełnionem dział chorób nosa, gardła i krtani opracował Dr. Alfred Sokołowski. Widocznie książka Dra B. odpowiedziała rzeczywiście potrzebom lekarzy, skoro w czasie stosunkowo tak krótkim wyczerpało się pierwsze jej wydanie. Cieszymy się bardzo z tego powodzenia dzieła wydanego przez autora, któremu i *Przegląd lekarski* zawdzięcza nie jedną cenną pracę.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Dijon. Dr. Pauffard zamianowany profesorem anatomii. — Reims. Dr. Langlet został profesorem fizyologii. — Bolonia. Dr. Calderini, profesor w Parmie, mianowany profesorem zwyczajnym położnictwa i ginekologii. — Kadyks. Dr. Benito Arroyo y Gill został profesorem patologii ogólnej. — Gwatemala. Dr. S. Rosal mianowany profesorem medycyny sądowej. — Neapol. Dr. Cezar Falcone mianowany docentem prywatnym anatomii. — Rzym. Dr. Pensuti został docentem prywatnym szczegółowej patologii chorób wewnętrznych.

— **Konkurs.** Na posadę lekarza okręgowego w Dobromilu: Pensya roczna 700 złr. i 270 złr. ryczałtu na objazdy. Podania do 11 Grudnia b. r. do Wydziału powiatowego w Dobromilu.

— **Konkurs.** Na posadę lekarza kolejowego we Lwowie. Pensya roczna 900 złr., 280 złr. na fiakra i bezpłatne mieszkanie na głównym dworcu kolei rządowej we Lwowie. Szpitalna praktyka chirurgiczna i położnicza nadają pierwszeństwo. Podania do 10. Grudnia b. r. do dyrekcyi kolei we Lwowie.

— **Konkurs.** Na posadę lekarza miejskiego w Banialuce w Bośnii. Pensya roczna 1000 złr. i widok na dalszy dochód 1800 złr. prócz praktyki prywatnej. Podania do 31. Grudnia b. r. do władzy miejskiej w Banialuce. Szczegółów udzieli na żądanie redakcya *Przeglądu lek.*

— **Nekrologia.** Zmarli: W Oni w gubernii kutajskiej starszy lekarz tamtejszego szpitala wojskowego, **Marcin Doliński.** — W Lublinie naczelny lekarz szpitala starozakonnych Dr. **Benjamin Tetz**, przeżywszy lat 66. — W Serbinówce w gubernii półtawskiej lekarz ziemski **W. A. Bielański** w 35. roku życia.

Redakcya otrzymała:

Sprawozdanie biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiellońskiego za rok 1893/4.

Józef Jaworski i Leon Nencki. Zakażenie karbunkułowe pod postacią choroby Werlhofa przebiegające. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 15. Grudnia 1894 r. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Sainte Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Sainte Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 187 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Dusznica bolesna prawdziwa *(angina pectoris vera)* a tętnice wieńcowe serca.

(Według wykładu w sekcyi medycyny wewnętrznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Podał

Prof. Gluziński.

Pod dusznicą bolesną *(angina pectoris)*, jak wiadomo Panom, rozumiemy zbiór objawów, z których dwa są najwyraźniejsze i charakterystyczne, t. j. ból pod mostkiem w okolicy serca, mający nieraz dążność do rozpromieniania się, zwłaszcza ku ręce lewej i *quelque autre chose*, jak się wyraża Latham, t. j. pewne, nieokreślone uczucie trwogi, uczucie nadchodzącej śmierci, lub jak powiada Elsner: *une pause de la vie*.

Nie mam zamiaru w tej chwili kreślenia strony ściśle klinicznej ani historycznej poruszonego przedmiotu, jak się ona kształtowała od pierwszej ogłoszonej obserwacyi klinicznej w liście lekarza francuzkiego Rougnona w roku 1768 i o pięć miesięcy późniejszej publikacyi Anglika Haberdena, który pierwszy użył nazwy *angina pectoris*. Nie będę kreślił, jak doświadczenie kliniczne ustanowiło różnicę między dwoma przypadami, które długi czas mięszano ze sobą, *angina pectoris* i *asthma cardiale*, jak z biegiem czasu przyszliśmy do rozróżnienia zbliżonych do siebie objawów, wskutek czego dzisiaj oddzielamy tak zwaną *angina pectoris vera v. coronaria* od *pseudoangina pectoris*, występującej pod wpływem pewnych trucizn, jak zatrucia tytoniem, wśród przebiegu wiądu pacierzowego, histeryi, ztąd nazwa: *pseudoangina pectoris nicotiana*, *tabetica*, *vasomotoria Nothnagli etc.*

Dusznicy bolesnej prawdziwej (*angina pectoris vera v. coronaria)* chcę poświęcić słów kilka a zwłaszcza zastanowić się nad jej istotą i patogenezą.

Jak wiadomo, nasze dotychczasowe pojęcia o dusznicy bolesnej prawdziwej przez długi czas rozwijały się przeważnie na podstawie badań przedsiębranych w dwóch kierunkach, t. j. na obrazie klinicznym i szukaniu zmian anatomicznych obrazowi temu towarzyszących.

Wiemy dzisiaj, że napady *anginae pectoris* zjawiają się przy zmianach w narządzie krążenia, często przy miażdżycy *(arteriosclerosis)*, przy pewnych wadach serca, szczególnie *insufficientia valv. semilun. aortae et stenosis aort.*, przy tętniakach tętnicy głównej, zwłaszcza jej części wstępującej a od czasu Jennera, t. j. od roku 1775 a zwłaszcza Parrego, dzięki dalszym pracom Kreysiga, Tidemana i t. d. główną uwagę mamy zwróconą na zmiany sklerotyczne w tętnicach wieńcowych serca, które tak często znajdują się na stole sekcyjnym u ludzi, którzy cierpieli na napady *anginae pectoris*.

Poznanie obrazu klinicznego, poznanie okoliczności, wśród których przychodzi napad dusznicy bolesnej, wykazanie związku między napadami a zmianami w tętnicach wieńcowych serca, jakkolwiek posunęły sprawę naprzód, pozostawiły jednak znaczną część do zrobienia, t. j. poznanie istoty i patogenezy dusznicy; pozostało do wykazania, jak te objawy należy tłómaczyć, jakim sposobem one pojawiają się wskutek zmian w tętnicach wieńcowych.

Usiłowań w tym względzie nam nie brak a naturalną rzeczą i teoryj, które więcej lub mniej szczęśliwie sprawę objaśniały.

Teoryj tych z osobna wyliczać nie myślę, wspomnę tylko, że w dziele Houcharda wyliczono ich 60 — a biorąc tak te, które utworzono przed ściślejszemi poszukiwaniami anatomicznemi, jak i późniejsze, można je słusznie ująć w 4 grupy.

1. Teorya tężca serca utworzona przez Haberdena, który jeszcze nie zwrócił uwagi na zmiany w tętnicach wieńcowych, a w przypadkach sekcyonowanych stwierdził,

że komora lewa była próżną, jakby wymytą. Ból powstający podczas napadu tłómaczył bólem, jaki powstaje podczas tężca każdego mięśnia; tężec ten miał być przyczyną nagłej śmierci. Teorya ta w świetle późniejszych badań, tak fizyologicznych co do właściwości mięśnia sercowego, jak i klinicznych, które wykazują przecież, że podczas napadu serce dalej pracuje i to bardzo regularnie, czegoby być nie mogło, gdyby serce było w stanie tężca, naturalnie ostać się nie mogła, mimo usiłowań późniejszych autorów, jak: Mac Brida, Lathama, Lenta i t. d. Skurcz komórki lewej, opróżnienie jej zupełne, jakie rzeczywiście często znajdujemy na stole sekcyjnym u ludzi zmarłych wśród napadu dusznicy bolesnej, tłómaczymy sobie, jako wczesne bardzo powstawanie tężca pośmiertnego w mięśniu pozbawionym za życia dostatecznego dopływu krwi, opierając się na doświadczeniach Stensona, Stanniusa, Brown-Séquarda, Charcota a wykazujących zjawiska, jakie występują w mięśniu pozbawionym dopływu krwi. Haberden, Latham brali więc okoliczność stwierdzoną rzeczywiście za przyczynę, kiedy ona była tylko skutkiem czego innego. Słusznie też Houchard wyraża się: *Qui est-ce que ça prouve? C'est que le spasme et la contracture du coeur sont des effets de l'ischémie artérielle, mais qu'ils ne sont pas la cause de la sténocardie.*

2. Miejsce tej teoryi z daleko większem powodzeniem zajęła inna utworzona przez Parrego a rozwinięta w dalszym ciągu przez Lawder-Bruntona a zwłaszcza Traubego, t. j. teorya porażenia serca.

Według Parrego napady dusznicy bolesnej źródło swoje mają w powstawaniu nagłem osłabienia mięśnia sercowego wskutek nagłych zboczeń w krążeniu a zwłaszcza, gdy mięsień ten już jest osłabiony. Ból towarzyszący napadowi dusznicy tłómaczył Traube nagromadzeniem się krwi w osłabionej komórce a ztąd pewnem rozprężaniem ścian serca, które drażniło i ugniatało pierwociny nerwowo-czuciowe i ruchowe tamże się znajdujące. Samuelson na mocy doświadczeń, o których później wspomnę, przenosił rzecz całą z komory do przedsionka lewego. Wszystkie okoliczności, które miały większej wymagać pracy komory lewej, a więc, które podnosiły ciśnienie krwi w tętnicach, jak silniejszy ruch, obładowanie żołądka i t. d., miały równocześnie być przyczynami działającemi na osłabienie komory lewej a więc wywołującemi napad.

Jakkolwiek spostrzeżenie samo znów nie ulega wątpliwości i wszystkie te okoliczności bezsprzecznie sprowadzają rzeczywiście napad, to jednak mamy niezbite dowody, że teorya ta utrzymać się nie da. Ileż przypadków obserwować można, gdzie żadnej zmiany w tętnie wśród napadu nie znajdujemy, owszem tętno pełne, równe, nie świadczące wcale o osłabieniu komory lewej? Dlaczego nie każdemu napadowi *asthma cardiale*, gdzie rzeczywiście często i nagle mamy osłabienie lewej komory, nie towarzyszy równocześnie napad *anginae pectoris*? Jak sobie wyobrazić możemy, że rozszerzenie komory nagle powstałe a będące przyczyną bólu, tak nagle jak ból ustąpić może? Są to wszystko zarzuty, które jakkolwiek nie przeczą wcale temu, że często mamy wśród napadu osłabienie lewej komory, jednak nie dopuszczają, by teoryę tę przyjąć i uogólnić dla wszystkich przypadków. Słusznie też na zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie przed 3-ma laty wystąpił koreferent Vierordt przeciw referentowi Francklowi zwolennikowi tej teoryi.

3. Z kolei rzeczy należałoby mi mówić teraz o teoryi Pataina, dla względów jednak czysto oportunistycznych i przedstawienia kolei myśli moich, należy mi się załatwić z teoryą nerwową, t. j. z teoryą Lancereaua i Petera, którzy przyczyny napadu dusznicy bolesnej upatrywali w sprawie zapalnej zwojów sercowych *(neuritis plexus cardiaci)* lub pnia samego n. błędnego lub n. przeponowego (Peter).

W sprawie tej teoryi wspomnę tylko, że z 12 przypadków ogłoszonych przez zwolenników a zestawionych przez Houcharda w 6 równocześnie wykazano zmiany w tętnicach wieńcowych a w innych 6 zupełnie na takowe nie zwrócono uwagi, że są ogłoszone spostrzeżenia Gauthiera, Dehio, Roussy, Hérarda i Babińskiego, gdzie mimo najskrupulatniejszego poszukiwania makroskopowego i mikroskopowego u ludzi zmarłych wskutek napadu dusznicy nie znaleziono najmniejszych zmian w *plexus cardiacus* ani w nerwach sercowych a znaleziono natomiast rozległe zmiany w tętnicach wieńcowych serca.

Idąc zatem drogą obserwacyi klinicznej i drogą anatomii patologicznej przekonaliśmy się tylko, że u ludzi, którzy zginęli wskutek *angina pectoris*, znajdowano zmiany w tętnicach wieńcowych serca, utrudniające lub zamykające na większym lub mniejszym obszarze krążenie krwi w ścianie serca, nie poznaliśmy jednak ani zmian w czynnościach serca wskutek tego zaszłych, ani też nie można było stworzyć teoryi, którąby tłómaczyła sam napad i objawy za życia spostrzegane.

Prosta myśl była w dalszych poszukiwaniach, by znając domniemane źródło sprawy, uczynić je sztucznie u zwierzęcia i obserwować zmiany wskutek tego powstałe, porównywając je z objawami za życia u ludzi spostrzeganymi, t. j. uciec się do doświadczenia.

Tak uczyniono i pozwólcie Panowie, bym w najkrótszych słowach, o ile tego potrzeba tylko do dalszych moich wywodów, zdał z nich sprawę.

Pomijając dawniejsze doświadczenia: Erichsena, Panuma, Bezolda czynione w innych celach, właściwe doświadczenia zaczynają się od Samuelsona, który pracę swoją ogłosił w 1882 r. Z góry muszę powiedzieć, że prace te zajmują się przeważnie już to wykazaniem, że przez zaciśnienie lub podwiązanie tętnic wieńcowych serca występuje nagła śmierć, dla wytłómaczenia nagłego zejścia u ludzi, u których na stole sekcyjnym znaleziono zmiany zamykające lub utrudniające dopływ krwi do tętnic wieńcowych, już to dla przekonania się, czy pewne objawy spostrzegane za życia podczas napadu dusznicy, np. zwolnienie tętna dadzą się tą drogą wywołać. Ten ostatni cel miał na oku Samuelson. Obserwował on przypadek śmierci u mężczyzny, l. 50 liczącego, wśród objawów zapadu $5^1/_2$ godzin trwającego, u którego tętno wynosiło 35 na minutę a przy sekcyi wykazało się rozległe stwardnienie obydwóch tętnic wieńcowych serca. Doświadczenia swoje przeprowadził na królikach. Tętnice wieńcowe zaciskał zasuwkami i przyszedł do wniosków, że u królików słabych zaciśnięcie tętnicy wieńcowej wielkiej *(art. coronaria magna)* wywołuje spokój komory lewej, nie dający się usunąć nawet po zdjęciu zacisku, u silnych zaś zmniejsza się ilość uderzeń szczegól-

niej w lewej komorze, aż nieraz po kilku minutach serce staje bez możności również usunięcia tego stanu po zdjęciu zasuwki. Właściwe jednak doświadczenia, które nadały podstawę całej dotychczasowej nauce, były doświadczenia, jak wiemy, Conheima i Schultessa Reissberga przeprowadzone na królikach a zwłaszcza psach. Nie wchodząc w szczegóły tych doświadczeń na 30 psach i 11 królikach, przypomnieć tylko muszę ogólny wynik tych doświadczeń, który co do psów w skróceniu brzmiał tak: Zaciśnięcie którejkolwiek dużej gałęzi tętnic wieńcowych nie wpływa na razie na czynność serca, ani liczbę pulsacyi ani ich jakość, ani parcie w tętnicach nie zmienia się w pierwszych 30—40'' a nieraz i dłużej. W końcu, raz wcześniej, drugi raz później wśród regularnych pulsacyj zaczynają się nierówności, następnie stają się te nierówności coraz wyraźniejsze a równocześnie zaznacza się zwolnienie, parcie zaś utrzymuje się ciągle na pierwotnej wysokości. Dopiero gdy *arythmia* staje się bardzo wyraźną, nastaje lekkie obniżenie parcia. Tem dziwniejszem jest, że serce wprawdzie nieregularnie, ale w każdym razie silnie pracujące nagle staje a parcie na jeden raz opada do zera. Ten spokój serca, który średnio występuje w 105 s od podwiązania, dotyczy obydwóch komor, które pozostają w rozkurczu i usunąć się już nie dają a po 20''—30'' dalszych rozpoczynają się włókienkowe drgania mięśnia sercowego, nie wykonywającego już żadnej pracy. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.

(Według wykładu w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

W takich przypadkach, gdzie pomimo rany w powłokach brzusznych jest wątpliwość co do przebicia jelita, poleca Mac Cormac ranę sondować i w ten sposób przekonać się o uszkodzeniu kiszki. Postępowanie to jest zdaniem mojem, co najmniej zbyteczne i słusznie radzi Ziegler[1]) zarzucić je a przystępować odrazu do rozszerzenia rany. Jeżeli bowiem dziś odrzuciliśmy stanowczo sondowanie ran postrzałowych gdziekolwiek w ustroju, jako zabieg, który lekarza niewiele lub nic nie poucza, chorego zaś naraża zawsze na poważne niebezpieczeństwo następowej infekcyi, to zasadę tę jeszcze ściślej stósować należy do ran jamy brzusznej, czy to postrzałowych czy kłótych, tembardziej, że wobec mającej się wykonać laparotomii, sondowanie to jest zupełnie zbyteczne. Trudniejsze do rozpoznania uszkodzenia jelita a co zatem idzie i do zdecydowania się na operacyę są te przypadki, gdzie nie ma wcale rany w ścianie brzusznej, jak bywa zwykle po uderzeniu w brzuch tępem narzędziem ze znaczną siłą. Lecz i w takich razach nie należy długo czekać; jeżeli po takim przypadku występują u chorego rychło objawy znacznego zapadu ze zwolnieniem tętna i mocnym bólem w brzuchu, to nie zwlekając, najlepiej przystąpić do otwarcia jamy brzusznej; w ogromnej większości przypadków znajdziemy tu albo skaleczenie jelita, albo krwotok wewnętrzny w skutek pęknięcia jednego z większych naczyń. Zarówno w jednem, jak i w drugiem laparotomia stanowi jedyną deskę zbawienia. Zarzucić tu jednakże by można, że zupełnie podobne objawy dać może i sam wstrząs (*shock*), będący dość częstem następstwem urazu ściany brzusznej i że wtedy laparotomia będzie zupełnie zbyteczną a więc i szkodliwą. Zarzut nie pozbawiony słuszności, lecz odpowiedzieć nań możemy główną zasadą całego naszego lecznictwa: z dwojga złego wybierać mniejsze. Stajemy więc w razie mylnego rozpoznania wobec dwóch możliwych ewentualności: albo zrobimy laparotomię tam, gdzie uszkodzenia jelita nie ma a więc niepotrzebnie, albo nie zrobimy jej tam, gdzie jelito pękło a zatem gdzie wykonanie jej stanowi o życiu chorego. Zdaje mi się, że mając taki wybór, chirurg długo namyślać się nie powinien i wybierze owo zło mniejsze, t. j. operacyę; w najgorszym bowiem razie, t. j. w razie tej pierwszej ewentualności zrobimy laparotomię napróżno czyli wykonamy zwykłą laparotomię próbną, której dziś chyba nie można uważać za operacyę niebezpieczną. Tymczasem zaś, zrzekając się operowania w przypadkach rzeczywistego zranienia jelit, którego nie rozpoznajemy dla braku zupełnie pewnych objawów, popełniamy grzech, mogący chorego kosztować życie.

Zresztą ze względów rozpoznawczych pamiętać należy, że wstrząs (*shock*) występuje zaraz po przypadku i z upływem czasu stopień jego stopniowo się zmniejsza, gdy wprost odwrotnie objawy, towarzyszące czy to przebiciu jelit czy wewnętrznemu krwotokowi, wzmagają się coraz bardziej, potęgując co chwila niebezpieczeństwo.

Co do pierwszego rodzaju, t. j. tych przypadków, w których wykazać można przedziurawienie jelit, to tu dziś chyba już nie ma dwóch zdań pomiędzy chirurgami. Na konieczność leczenia operacyjnego wskazywali jedni z pierwszych Roux, Terrier i Sonnenburg, potem Chaput, Körte, Mikulicz, Lauenstein i szereg innych chirurgów klinikow. Wyniki te potwierdzone zostały i badaniami doświadczalnemi, jak to wykazują prace Trzebickiego[1]), Réclusa[2]), Zieglera[3]) Tavela i Lanza[3]) i innych. Nie tak zgodne są zapatrywania co do drugiej grupy przypadków, t. j. tych, gdzie nie ma rany powłok zewnętrznych i tu o wiele chętniej stósuje się leczenie wyczekujące dopóty, dopóki nie wystąpią wyraźne objawy septycznej *peritonitis;* wtedy dopiero decydują się na operowanie, co zazwyczaj bywa już zapóźno. Zdaje mi się, że w tej kategoryi przypadków postępowanie nie powinno zasadniczo różnić się od zabiegów naszych w przypadkach tamtej grupy czyli innemi słowy wszędzie tam, gdzie mamy objawy wskazujące na przedziurawienie ściany narządów jamy brzusznej, jakiegokolwiek pochodzenia, chorobowego czy urazowego, winniśmy niezwłocznie przystąpić do laparotomii. Nawet w razie omyłki dyagnostycznej, jeżeli rozpoznamy uszko-

[1]) Studien über die intestinale Form der Peritonitis. München 1893. str. 58.

[1]) O leczeniu ostrego zapalenia otrzewny. Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1888.

[2]) Revue de chirurgie. 1890. Nr. 2—5.

[3]) l. c.

dzenie jelita tam, gdzie go nie ma i wykonamy laparotomię, to szkody ztąd dla chorego nie będzie żadnej lub będzie bardzo niewielka, stokroć w każdym razie mniejsza, niż w razie niewykonania operacyi w przypadku przedziurawienia jelita. Rokowanie zależy tu nietylko od stopnia obrażenia, lecz i od rodzaju narzędzia, jakie je sprawiło; najgorsze wyniki dają rany postrzałowe. I tu jednakże według Adlera[1]) zabieg operacyjny wykonany przed upływem 5 ciu godzin po uszkodzeniu prowadzi przeważnie do wyzdrowienia.

Ciekawe bardzo dane statystyczne w tym względzie przytaczają nowsze prace polskie Gabszewicza[2]), Przyborowskiego[3]) i Karczewskiego[4]), w których znajdujemy nadto zestawienie poglądów współczesnych chirurgów w sprawie doraźnej interwencyi chirurgicznej w takich przypadkach.

Tu ze szczególnym naciskiem przytoczyć należy, że najpierwszym i zasadniczym warunkiem do postępowania operacyjnego w tych szczególnie przypadkach jest aseptyka bez zarzutu, stanowiąca dziś nieodzowną część składową każdej kliniki i lepiej urządzonego oddziału szpitalnego. Bez zupełnej pewności a przynajmniej bez głębokiego przeświadczenia o zrobieniu pod względem aseptyki wszystkiego, co tylko w danych stósunkach i otoczeniu było możliwem, nie powinien chirurg przystępować do laparotomii. Dlatego też, jeżeli można zrobić wyjątek z przytoczonych powyżej zasad postępowania w przypadkach zranienia narządów jamy brzusznej, to wtedy chyba tylko, gdy chirurg znajdzie się w tak nieszczęśliwych stósunkach, iż stanowczo nie będzie mógł zapewnić sobie dostatecznie aseptycznego postępowania.

Dotychczas przedmiotem naszym było leczenie uszkodzeń narządów jamy brzusznej, mające na celu niedopuszczenie do dalszych groźnych następstw, czyli właściwie profilaktyka zapaleń otrzewny. Jak jednakże postępować należy w przypadkach już rozwiniętego zapalenia?

Jak wspomniałem powyżej, otrzewna dzięki swej wysokiej odporności na bodźce chorobotwórcze potrzebuje znacznego ich natężenia lub też współdziałania kilku rodzajów czynników szkodliwych, ażeby uledz zakażeniu. Otóż takie stósunki stwarza w otrzewnej przedziurawienie przewodu jelitowego, z czem najczęściej mamy do czynienia w przypadkach *peritonitis e perforatione*. Rzeczywiście treść jelitowa posiada wszystkie składniki potrzebne do wywołania w otrzewnej zapalenia zakaźnego: znaczna ilość ciał chemicznych wraz z cząstkami stałemi kału drażniącem swem działaniem przyspasabia grunt pod rozwój drobnoustrojów, które w tych okolicznościach wytwarzają swe produkty chorobotwórcze. O nieswoistości tych zapaleń wobec ogromnej liczby różnorodnych postaci *(polyinfectio)* w wysięku zapalnym, mówiliśmy już wyżej; tu dodać należy, że od rodzaju znajdujących się bakteryj zależy w znacznym stopniu jakość wysięku a ztąd i nazwa postaci zapalenia. W wysięku krwawo-posokowatym znaleźć można ogromne ilości bakteryj gnilnych, różne odmiany *bacterium coli*, w płynach zaś mających cechę więcej ropną przeważają gronkowce, paciorkowce, niekiedy *diplococcus* lub *micrococcus tetragenes*.

Ciężkie przypady towarzyszące zapaleniom otrzewny stanowią następstwo więcej zatrucia (*intoxicatio*) tą masą wytworów chemicznych, niż właściwego zakażenia (*infectio*) drobnoustrojowego; częstokroć nawet w przypadkach kończących się śmiercią zarówno w wysięku zapalnym, jak i w otrzewnej bardzo niewiele wykazać można bakteryj.

Ziegler we wspomnianej powyżej pracy kładzie nacisk na jeden jeszcze czynnik, któremu przypisuje szczególnie ważne znaczenie w powstawaniu najcięższych objawów a nawet śmierci; jest nim nadmierne podrażnienie nerwowe *(Nervenüberreizung)*, którego działanie w zapaleniu otrzewny jest podobne, zdaniem jego, do wstrząśnienia nerwowego sprowadzającego śmierć w Goltzowskiem doświadczeniu (*Klopfversuch*).

Zdaniem Barbacciego[1]) oprócz wymienionych czynników ważną rolę grają tu i gazy, działające na otrzewnę w szkodliwy sposób dwojako: chemicznie i mechanicznie, rozdymając jamę brzuszną i ciśnieniem na otrzewnę hamując jej zdolność chłonną.

Ogólna więc suma wszystkich tych szkodliwości z przewagą raz po stronie jednego, to znów drugiego z czynników jest właściwą przyczyną ciężkiego przebiegu i niepomyślnego częstokroć zejścia zapaleń otrzewny.

Jakie więc zadanie może tu mieć leczenie? Odpowiedź na to wypływa ze zrozumienia patogenezy cierpienia: należy uwolnić jamę otrzewnową od czynników szkodliwych i stworzyć stósunki jaknajpomyślniejsze do samoobrony ustroju. Zobaczmy, o ile i w jaki sposób ta teoretyczna odpowiedź da się zastósować w postępowaniu praktycznem.

Leczenie wyczekujące za pomocą środków wewnętrznych i naskórnych wypełnia tylko drugie z tych wskazań, t. j. ma na celu przyśpieszenie wessania wysięku zapalnego z otrzewny obok jednoczesnego wzmacniania ogólnego sił chorego i w przypadkach lżejszych może dać wyniki zupełnie pomyślne. Lecz w przypadkach o przebiegu ciężkim, gdzie stopień infekcyi jest nader wysoki i ogromna ilość toksyn mieści się w wysięku zapalnym, ten właśnie cel leczenia zachowawczego, wessanie wysięku staje się zgubą dla chorego ustroju. Tu więc sama przez się nasuwa się, zgodnie z pierwszem z wymienionych wskazań, myśl podania pomocy ustrojowi przez usunięcie trujących wytworów na zewnątrz, pomocy operacyjnej. Pomimo całej racyonalności takiego leczenia, potwierdzonej dowodnie licznemi badaniami doświadczalnemi, nie zdołało jeszcze ono zdobyć sobie ogólnego uznania, gdyż, wyznać należy, wyniki kliniczne są dotychczas niebardzo pomyślne. Winną jednakże temu jest nie sama metoda; przyczyny szukać należy w czem innem. Wskutek dość powszechnego strachu przed interwencyą noża, podzielaną niestety zbyt często i przez lekarzy, chirurg dostaje w swe ręce chorego na ostre zapalenie otrzewny najczęściej zapóźno, wtedy zwykle, gdy po wyczerpaniu arsenału środków wewnętrznych, chory nie ma już nic do stracenia. Nietrudno pojąć, że w takich stósunkach nietylko laparotomia, lecz i operacya daleko lżejsza, niewiele przedstawia widoków powodzenia. Tymczasem zaś nieco wcześniejsza

[1]) De la laparotomie exploratrice d'urgence pour les traumatismes de l'abdomen, plaies pénétrantes, contusions abdominales graves. Paris 1892.
[2]) Gazeta lekarska 1892. Nr. 15, 16.
[3]) Medycyna 1893. Nr. 28—31.
[4]) Przegląd chirurgiczny 1893. T. I.

[1]) Centralblatt f. allg. Pathologie. T. III. str. 129.

decyzya, niekiedy o kilka godzin tylko, zmienia zasadniczo szanse operacyi i rozstrzyga o życiu chorego.

Rzecz prosta, nie można żądać, aby lekarz kwalifikował do operacyi wszystkie przypadki zapaleń otrzewny w okresach początkowych, lecz zarzutu tego nie można stósować do tej grupy przypadków, którą w tej chwili omawiamy, gdzie znaną jest etyologia *peritonitis* zależna od uszkodzenia organów jamy brzusznej, powstałego czy to na tle chorobowem, czy też urazu. Wobec więc zasadniczej potrzeby leczenia chirurgicznego tych przypadków zapaleń otrzewny jedyną wskazówką, wpływającą na postanowienie chirurga, winien być stan ogólny chorego. Wobec zbyt wielkiego upadku sił chorego, o nitkowatem tętnie i niskiej ciepłocie, rzecz prosta, o operacyi niema co myśleć, lecz właśnie zadaniem lekarza jest wezwanie chirurga wcześniej, nim objawy te wystąpią. Chociaż wyniki laparotomii w rozwiniętem już zapaleniu są dotychczas niepomyślne, to jeżeli drogą tą uda się uratować choć cząstkę chorych, twierdzi Mikulicz[1]), będzie to dowodem powodzenia leczenia operacyjnego.

W bezpośrednim związku ze sprawą tą zostaje kwestya samego postępowania operacyjnego, co do którego istnieją dość różne zapatrywania. Idzie tu o tak zwaną „toaletę jamy brzusznej“, stanowiącą całą tę sumę drobnych zabiegów, które mają na celu dokładne oczyszczenie otrzewny przed ostatecznem jej zamknięciem. Pod tym względem laparotomia w przypadkach zapalenia otrzewny różnić się musi zasadniczo od laparotomij wykonywanych w innym celu (owaryotomia, cystotomia i t. d.). W tych ostatnich przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze zdrową otrzewną, według postępowania przyjętego w naszej klinice a dziś już prawie powszechnego, „toaleta“ jamy brzusznej właściwie nie istnieje; ograniczamy się tu najwięcej na ostrożnem wytarciu pęczkiem wyjałowionej gazy tej ilości krwi, która spłynęła podczas operacyi do jamy brzusznej, poczem jak najśpieszniej zaszywamy ściany, unikając wszelkiego niepotrzebnego jej drażnienia.

Inne zupełnie zadanie mamy w laparotomiach na skutek *peritonitis*, gdzie zatem mamy do czynienia z otrzewną chorą, w której licznych załamkach znajduje się wysięk o toksycznych własnościach. Samo wypuszczenie przez otwarcie jamy brzusznej nie wystarcza, gdyż z jednej strony budowa anatomiczna otrzewny, z drugiej tworzące się zwykle zrosty zatrzymują dość znaczną częstokroć ilość tego wysięku. Zachodzi więc potrzeba usunięcia go inną drogą. W tym celu jedni chirurdzy po rozdzieleniu zrostów osuszają wszystkie zaułki i kieszenie otrzewny suchymi wacikami z gazy jodoformowej lub czystej wyjałowionej, drudzy zaś polecają przepłukiwanie staranne różnymi płynami antyseptycznymi, które potem usuwają. Wobec zasady głównej unikania niepotrzebnych obrażań powierzchni śródbłonka otrzewny drugie postępowanie jest słuszniejsze; należy tylko wybrać odpowiedni płyn do przepłukiwania.

W pierwszych okresach rozwoju chirurgii brzusznej, w epoce zupełnego panowania antyseptyki chciano przez wlewanie roczynów przeciwgnilnych do jamy brzusznej wypełnić odrazu dwa wskazania: wypłukać znajdujący się wysięk z jamy otrzewny i jednocześnie zabić pozostające drobnoustroje. Dziś, kiedy przekonaliśmy się o obosieczności postępowania antyseptycznego, w którem owo *plus* korzystnego działania na bakterye równoważy się a nawet przewyższa przez *minus* szkodliwego wpływu na komórki tkankowe, zabiegi nasze uległy zmianie. Uważając za broń najskuteczniejszą w walce z zakażeniem siły obronne ustroju, postępowaniem swojem staramy się tylko ułatwić mu tę obronę, unikając starannie wszystkiego, co mogłoby wpływać niekorzystnie na te jego zdolności. Dlatego więc płyny antyseptyczne zastąpiliśmy przez przepłukiwania aseptyczne, które wprawdzie odpowiadają jednemu tylko zadaniu, t. j. wymywają mechanicznie pozostałości wysięku, lecz za to są względnie obojętne dla tkanek otrzewny.

Obszerne badania doświadczalne nad działaniem różnych płynów antyseptycznych w zapaleniu otrzewny wykonał Trzebicky[1]) w przytoczonej powyżej pracy. Z pomiędzy wypróbowanych środków (kwas borowy, salicylowy, karbol, sublimat, nadmanganezan potasowy, chlorek cynku, woda chlorowa i jodowa, roczyn cukru) najodpowiedniejszym okazał się roczyn $3^0/_{00}$ kwasu salicylowego, które też zaleca on do toalety jamy brzusznej.

Ze względów wymienionych powyżej odrzuciliśmy dziś zupełnie postępowanie antyseptyczne w otrzewnej, jako chybiające swego zadania swoistego desinfekcyi otrzewny w roztworach, które mogą być znoszone bez szkody a szkodliwe dla jej tkanek w roztworach mocniejszych. Dlatego też jedynie odpowiednie są płyny jak najmniej drażniące otrzewną, jak najbardziej składem swym zbliżone do soków tkankowych; do takich należy roczyn fizyologiczny soli kuchennej czysty lub, według Tavela, z dodaniem sody ($2^0/_{00}$). W klinice naszej używamy zwykłego roztworu fizyologicznego soli dokładnie wyjałowionego o ciepłocie koło 38^0 C., który stósować należy w obfitości, starając się o dokładne wypłukanie całej jamy i zwojów jelitowych. Wymienieni powyżej kilkakrotnie autorzy Tavel i Lanz proponują nawet w tym celu przełożenie całej masy jelit do takiej kąpieli słonej o przepływającej wodzie ciepłoty 37^0 C. Według ich doświadczeń króliki bardzo dobrze znoszą taką kąpiel kiszkową w ciągu dwóch godzin. Zdaje się jednak, iż samo już *eventratio* nie może być obojętne, tembardziej dla chorych tak ciężko, jakimi są zawsze chorzy na zapalenie otrzewny. Postępowanie to nie znajdzie prawdopodobnie wielu zwolenników; dwa przypadki kliniczne, w których autorzy ci stósowali je, zakończyły się śmiercią.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z zakładu medycyny sądowej w Krakowie.

O otruciu kwasem azotowym.

Podał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej i b. I-szy asystent katedry anatomii patologicznej w Uniw. Jagiellońskim.

Otrucia kwasem azotowym zdarzają się dość rzadko i bardzo mało przypadków z tego powodu przeszło do literatury.

---

[1]) Archiv f. klin. Chir. XXXIX s. 756.

[1]) Loc. cit.

T a r t r a w swojem dziele: *Traité de l'empoisonnement par l'acide nitrique* wydanem w r. 1802. zebrał monografie otruć tymże kwasem z 400 lat i podaje wszystkiego tylko 56 przypadków.

H o f m a n n z Wiednia w swoim podręczniku wspomina o kilku przypadkach otrucia kwasem azotowym, z których preparaty nawet zachowano w muzeum wiedeńskiem.

L e s s e r w I. zeszycie swego atlasu demonstruje przypadek otrucia 3-dniowego dziecka.

T a y l o r w 1863. opisuje przypadek otrucia również dziecka.

W Krakowie mimo najusilniejszych poszukiwań nie mogłem między protokołami znaleść żadnego przypadku sekcyonowanego.

Już z tego krótkiego zestawienia widzimy, że otrucia kwasem azotowym zdarzają się rzadko, raz dlatego, że samobójca woli użyć przyjemniejszego środka do pozbawienia się życia, powtóre dlatego, że środek ten nie nadaje się wcale do celów morderczych, chyba, że otrucie stało się przypadkowo lub też zadano go dzieciom, które jako nie mogące się bronić, łatwiej można zgładzić tym środkiem i tak: O s e n b r ü g g e n w *Allgemeine deutsche Strafrechtszeitung* z 1865 r. opisuje zdarzenie, gdzie ojciec siedmioro dzieci, każde prawie zaraz po urodzeniu miał kwasem azotowym zgładzać ze świata. Sześć razy mu się udawało, dopiero za siódmym razem zarządzono sekcyę a sekcya i badanie chemiczne wykazało otrucie kwasem azotowym. Uwięziony przyznał się i do poprzedzających morderstw.

Otrucia zdarzać się mogą albo czystym kwasem azotowym, *aqua fortis* lub też kwasem azotowym dymiącym lub też wreszcie znaną ogólnie wodą królewską. Nie będę się rozwodził nad różnicami tych trzech przetworów.

W niektórych okolicach, jak podaje S c h a u e n b u r g, używają serwaseru *(Scheidewasser)* do spędzenia płodu.

Objawy kliniczne występują wnet po użyciu tego środka i są tem gwałtowniejsze, im rozczyn był silniejszy, czystszy a charakteryzują się boleściami wzdłuż przełyku i gardziela aż do odźwiernika żołądka. Wymioty z początku żółtawe, mogą przybierać wejrzenie krwawe. Utrudnienie połykania, głos chrypliwy a oddawanie moczu i stolca ustaje często zupełnie. W razie gdy śmierć nie następuje rychło, kwas azotowy ma przechodzić do moczu i jak S c h u l t z e n opisuje, ma się znajdywać w nim jeszcze na drugi dzień po zażyciu trucizny. Kwas azotowy należy do środków mocno utleniających i żrących a zmiany anatomiczne różnią się często bardzo od siebie, gdyż zależą od różnych okoliczności. Koncentracya płynu użytego, jakoteż stan, w jakim był żołądek w chwili otrucia, odgrywają ważną rolę. Im próżniejszy żołądek, im czystszy pod względem chemicznym kwas azotowy i im większej ilości zażyto, tem cięższe są objawy kliniczne, tem większe zmiany anatomiczne. Często nie cały żołądek jednostajnie przedstawia się zajęty: zwykle tylko tyle z powierzchni wewnętrznej żołądka, ile było w zetknięciu z kwasem. Ma się rozumieć, że im więcej płynu zużyto, tem łatwiej ten płyn rozpościera się po wewnętrznej powierzchni żołądka i na odwrót, im ilość płynu użytego była mniejsza, tem częściej spotyka się zmiany niemal ogniskowe.

Znane i tak wszędzie opisywane zabarwienie żółte po użyciu kwasu azotowego pochodzi od zadziałania kwasu azotowego na ciała organiczne i od wytworzenia się następnie kwasu ksantoproteinowego. Prawie we wszystkich podręcznikach utrzymuje się opis takiego zabarwienia, choć w praktyce często znajduje się inne. Już M a s c h k a zwrócił uwagę, że nie zawsze w żołądku występują smugi żółtawe, lecz zabarwienie to przechodzić może w bronzowe a T a y l o r opisuje nawet zielonkowate, co ma pochodzić od domieszki żółci.

L e s s e r zwraca uwagę na zachowanie się kału w jelitach w otruciu kwasem azotowym. Kał ten ma przybierać wejrzenie ziemiste, szarawe, co ma stanowić ważną pod względem dyagnostycznym różnicę od otrucia, n. p. kwasem chromowym. Wszyscy autorowie zgadzają się na jedno, że perforacye po otruciu kwasem azotowym są nader rzadkie a T a r t r a na opisanych 56 przypadków znachodzi tylko dwa z perforacyą.

W u n d e r l i c h w dziele swojem *De actionibus quibusdam acidi nitrici caustici in corpus humanum immissi* w r. 1857. wydanem opisuje przypadek otrucia kwasem azotowym, w którym zmiany anatomiczne przeważnie ograniczały się do kiszki grubej, obok zmian w żołądku.

Do tej szczupłej liczby przypadków ciekawszych dopisać muszę przypadek otrucia kwasem azotowym, który się zdarzył w Krakowie a jak zobaczymy z protokołu sekcyjnego, wejrzenie żołądka zbliża się więcej do otrucia kwasem siarkowym, niż azotowym.

Dnia 24. Września 1894. o godz. 11. w nocy przywieziono do szpitala św. Łazarza w Krakowie mężczyznę, który sam otruł się kwasem azotowym. Mężczyzną owym był J. M., 25 lat liczący, posługacz szpitalny, który trapiony sprawami familijnemi zabrał czysty kwas azotowy z sali dyżurnej lekarskiej pomienionego szpitala a wyszedłszy na planty, napił się go. Ponieważ stało się to w bliskości Towarzystwa ratunkowego, pomoc lekarska była nadzwyczaj rychła i już w $1/2$ godziny po zażyciu znajdował się J. M. w szpitalu św. Łazarza, gdzie przystąpiono zaraz do przepłukania żołądka i zobojętnienia kwasu. Resztki niedopitego kwasu odebrano z rąk samobójcy i po należytem opieczętowaniu odesłano do prokuratoryi rządowej.

Stan chorego był nadzwyczaj ciężki, jak wykazuje historya choroby szpitalna. Błona śluzowa jamy ust, języka spalona. Na rękach smugi żółtawe, ilość oddechów 48, oddech charczący, tętno 150, pęcherz nie wydęty. Moczu ani stolca nie oddawał. W takim stanie znajdywał się do 2-go dnia, w którym o godz. 4. po południu, więc w 18 godzin po otruciu się. wśród ogólnego zapadu zakończył życie.

Zwłoki odstawiono do zakładu Medycyny sądowej, gdzie też dnia 26. Września 1894. rano wykonałem sekcyę policyjno-lekarską.

Protokół sekcyi jest następujący:

1) Zwłoki mężczyzny dobrze odżywionego i zbudowanego, długości 150 cm. Stężenie trupie utrzymuje się we wszystkich kończynach. Plamy pośmiertne, w zwykłych miejscach na grzbiecie i jako takie przez nacięcie potwierdzone.

Spojówki blade. Źrenice jednakowo rozszerzone. Wargi ust z zewnątrz ż ó ł t a w o zabarwione, przyschłe, od wnętrza zaś błona śluzowa okazuje się zupełnie b i a ł o zabarwiona i daje się ściągnąć całymi płatami, błona podśluzowa zaś jasno-różowo nastrzykana. Na brodzie w linii środkowej smuga żółtawa. Jamy nosa bez zmian. Na obu rękach po stronie zewnętrznej smugi wybitnie żółte w rozmaitych kie-

runkach. Zresztą oglądanie zewnętrzne nie wykazuje żadnych zmian.

Oglądanie wewnętrzne. Opuszczam opis mózgu i mięśni, jako niecharakterystyczny a przystąpię od razu do opisania przewodu pokarmowego.

Całe podniebienie twarde i miękkie żółtawo zabarwione, powierzchowna błona śluzowa daje się z łatwością ściągnąć a po ściągnieniu tych nalotów ukazuje się różowo nastrzykana błona podśluzowa, szczególniej na podniebieniu miękkiem. Język w części przodkowej wybitnie żółtawo zabarwiony. Ściana tylna żołądka od zewnątrz przedstawia się mocno nastrzykaną. Żołądek zawiera ciecz krwawo zabarwioną. Ściana cała wewnętrzna żołądka wybitnie czarno zabarwiona, jakby zwęglona. Zabarwienie to sięga na przekroju poprzecznym wzdłuż błony śluzowej, gdzieniegdzie nawet aż do warstwy mięsnej. Wśród tego czarnego, jednostajnego zabarwienia widzieć można, jakby wysepki, czerwonawe ogniska wielkości, co najwięcej grochu; okolica odźwiernika okazuje zabarwienie seledynowe. Perforacyi nigdzie nie ma. Jelita cienkie zawierają prawie aż do kiszki ślepej kał dość zbity w postaci papki barwy czekoladowej; jelita zaś grube zawierają kał podobnie zbity, barwy więcej ziemistej. Błona śluzowa jelit cienkich nieznacznie nastrzykana, gęsto obok siebie ułożonymi gruczołami odosobnionymi zasiana.

Z innych organów na uwagę zasługują nerki, które okazują się prawidłowej wielkości. Torebka z nich schodzi łatwo, o powierzchni wiśniowo zabarwionej, dosyć soczystej. Wszędzie jednak odgraniczenie substancyi korowej od rdzennej tudzież budowa pasmowa korowej dosyć wyraźna.

Pęcherz moczowy skurczony, zawiera małą łyżeczkę cieczy gęstawej, jak mleko zabarwionej.

Wierne odmalowanie przewodu pokarmowego jako też platynotypia zdjęta przez P. Drda med. Rosenberga znajduje się w zakładzie Medycyny sądowej w Krakowie.

Przypadek opisany jest ciekawym z 2 względów:

1) dlatego, że otrucie nastąpiło środkiem mało używanym do otruć, jakim jest kwas azotowy.

2) dlatego, że gdybyśmy mieli rozpoznać na podstawie obrazu anatomicznego żołądka, musielibyśmy przypuścić raczej otrucie kwasem siarkowym, niż azotowym.

Chcąc udowodnić, że otrucie nastąpiło w tym przypadku czystym kwasem azotowym, trzeba było przedewszystkiem przystąpić do badania chemicznego. Jak wiemy, badanie pierwszej treści wymiotowanej lub wypompowanej nie przedstawia żadnych trudności. Ponieważ jednak treści tej w szpitalu nie zachowano, przystąpiłem do zbadania chemicznego treści żołądkowej. Oto w żaden sposób nie mogłem wykazać kwasu azotowego mimo, że robiłem najczulsze próby, jak z brucyną i kwasem siarkowym.

Dochodziłem wtedy chemicznie innych kwasów i ługów, lecz wszystkie próby nic nie wykazały. Podobnie, jak i ja doszedł do tych samych rezultatów Buchner, który opisuje 3 przypadki otrucia kwasem azotowym, w których badanie chemiczne nigdy nie wykazało tego kwasu.

Schultzen wprawdzie zwraca uwagę na potrzebę zbadania w takich razach moczu, ale nie mogłem tego uczynić, gdyż w przypadku moim nie był to mocz w ścisłem słowa znaczeniu, jak to wykazało badanie mikroskopowe tego płynu.

Obok tych prób zbadałem pod względem obecności kwasu azotowego żółć i krew, lecz i tu nic nie znalazłem. Na pytanie, dlaczego badanie chemiczne nie wykryło kwasu azotowego, odpowiedź bardzo łatwa, jeżeli uwzględni się wszystkie zabiegi lekarskie, podjęte w celu wyratowania otrutego. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Bibliotheca medica. **Abtheilung Dermatologie und Syphilidologie.** Herausgegeben von Prof. Dr. A. Neisser. Breslau. Heft 1—3. Th. Fischer & C°. Cassel 1894.

Celem powyższego dzieła jest ułatwienie wydawnictwa monografij zaopatrzonych w liczne rysunki i dodatki artystyczne, których umieszczenie w archiwach, miesięcznikach lub innych pismach peryodycznych, przedstawia nieraz dosyć znaczne i tylko dla małej liczby autorów przystępne koszta. Nakładca widocznie nie szczędził pieniędzy i pozwolił autorowi i wydawcy na prawdziwy zbytek wydawnictwa, tak co do strony zewnętrznej jak i co do znacznej liczby dodatków. Pierwsze trzy zeszyty, które świeżo opuściły prasę, świadczą o tem wymownie. Zawierają one bardzo zajmujące monografie kazuistyczne o psorospermozie pióra Schwimmera i de Amicis.

Zeszyt drugi zawiera wyciąg ze znakomitej pracy Hansena o trądzie, publikowanej pierwotnie w języku norwegskim, z nader obfitym materyałem kazuistycznym i anatomopatologicznym. Dzieło to, które ze względu na treść swoją stanie się niezawodnie niezbędne dla każdego naukowo pracującego specyalisty, przedstawia nadto niepomierne zalety dydaktyczne, nadając się bardzo do demonstracyj naukowych.

Dr. Reiss.

Stereoscopischer medizinischer Atlas. Herausgegeben unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen von Prof. Dr. A. Neisser. Breslau Erste Lieferung. Th. Fischer u. C°. Cassel. 1894.

Dzieło to, którego pierwszy zeszyt mamy przed sobą, zasługuje dla swej oryginalności, jak również dla swych niezrównanych zalet dydaktycznych na gorące uznanie. Mamy w niem pierwsze w swoim rodzaju obrazy stereoskopowe otrzymane ze zdjęć fotograficznych sposobem galwanicznym, illustrujące nam wszystkie działy medycyny, przyczem plastyka uzyskana stereoskopem dochodzi do takiej doskonałości i jest tak łudząco naturalną, że nie może iść w porównanie z żadnem z dotychczasowych usiłowań w tej dziedzinie. Pierwszy zeszyt opracowany przez Neissera ze współudziałem Mikulicza i Ponficka zawiera dwanaście tablic z dziedziny dermatosyfilidologii, chirurgii i anatomii patologicznej, przedstawiających znakomite zdjęcia obrazów chorobowych i preparatów patologicznych Wszystkie obrazy przy wzorowem wykonaniu zyskują w stereoskopie przez powiększenie i perspektywę niezmiernie na plastyce. Ponieważ nakładca oświadczył gotowość dostarczania stereoskopów po cenie 4 Mk. 50 f. a cena jednego osobno zeszytu wynosi również tylko 4 Mk., przeto spodziewać się należy, że dzieło to doczeka się w świecie lekarskim wielkiego rozpowszechnienia, zwłaszcza, że chyba tylko ono zastąpić nam może tak drogie Monlages i ma przytem tę zaletę, że obejmuje wszystkie działy medycyny. *Dr. Reiss.*

Choroby dzieci.

Lanceraux: **Rytmiczne pociąganie języka.**

Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej w dniu 9. Stycznia 1894, przedstawiał autor metodę wywołania sztucznego oddechu w przypadkach nagłego zapadu, szczególnie u bezprzytomnych opilców, zapomocą ucisku na korzeń języka w połączeniu z miarowemi pociąganiami jego. Autor

opisuje przypadek nagłego zapadu u dziecka sześcioletniego, chorego na dławiec, w którym sztuczne oddychanie i inne metody pozostały bez skutku a po 5—6 pociągnięciach języka dziecko wykrztusiło grubą błonę, skutkiem czego blado-sinawa twarz jego przybrała napowrót cerę żywą. Przypadek ten po 36 godzinach zakończył się śmiercią z powodu dalszego postępowania choroby gardła. (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 35. 1894). *Dr. Komorowski.*

Leczenie chirurgiczne wodogłowia przewlekłego.

Podczas Zjazdu francuskich chirurgów w Październiku b. r. miał Bilhaut odczyt o operacyi kraniektomii kolistej, którą wykonał z powodu wodogłowia przewlekłego u $2^1/_2$ letniej dziewczynki. Sprawa chirurgicznego leczenia wodogłowia przewlekłego jest na porządku dziennym usiłowań lekarzy, więc i przyczynek Bilhauta nie powinien przejść niepostrzeżenie. Przypisując złe następstwa operacyi wodogłowia zboczeniom w mózgowiu, wynikłym z dekompresyi, B. postanowił wykonać kraniektomię kolistą, ażeby tem łatwiej wykonać nacisk, zastępujący dotychczasowe ciśnienie cieczy wodogłowia. Lecz i ten zabieg (trepanopunkcya) zakończył się niepomyślnie. B. sądzi, że śmiertelność po tej operacyi ma swe źródło w przyrodzie samej choroby, oraz w czynnikach etyologicznych i doradza zaniechanie chirurgicznego leczenia wodogłowia.

Na tem samem posiedzeniu Picqué i Terrier zdali sprawę ze swoich poszukiwań nad zmianami anatomopatologicznemi mózgowia w wodogłowiu przewłocznem, do których zaliczają i nadmierne rozszerzenie otworu szyjnego i przewodu rdzeniowego, zanik spoidła największego, wydłużenie móżdżku i t. d. i dochodzą do wniosku, że tak głębokich i ważnych zmian anatomicznych nie jest w stanie usunąć najjenialniejszy zabieg chirurgiczny. Na 13 przypadków, przez nich operowanych, 12 zakończyło się śmiercią a trzynasty chory, który ocalał, pozostał na tym samym stopniu niedorozwoju umysłowego. (*Le Progrès Médical* Nr. 42, 1894). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Choroby zakaźne.

Roux: Leczenie błonicy za pomocą surowicy krwi zwierząt immunizowanych.

(Według wykładu na kongresie hig. w Buda-Peszcie).

Myśl leczenia pewnych chorób zakaźnych za pomocą surowicy krwi zwierząt, które tę chorobę przebyły, podjęta przez Behringa w celu leczenia tężca, znalazła także zastósowanie w leczeniu błonicy. Działanie w ten sposób uzyskanej surowicy, jakkolwiek pewne i znakomite, licznemi doświadczeniami na zwierzętach stwierdzone, okazało się w praktyce wobec tężca u ludzi nie bardzo korzystnem dlatego, że nie jesteśmy w stanie rozpoznać tężca dosyć wcześnie, że rozpoznajemy go wtedy, kiedy organizm już wysycony toksynami a na działanie surowicy już za późno. Inaczej ma się rzecz z błonicą; tu błona wytwarzająca się na błonie śluzowej gardła, jak i inne objawy zaraz z początku występujące uprzedzają nas o majacem nastąpić zakażeniu, tu też możemy wcześnie rozpocząć działanie i dlatego oczekiwać pomyślnego skutku.

W jaki sposób uzyskuje się tę surowicę?

Postępowanie Rouxa zgadza się w grubszych zarysach z postępowaniem Behringa a da się streścić w ten sposób: Czystą hodowlę prątków Löfflera szczepi się do bulionu alkalicznego, odpowiednio przyrządzonego; po 24—48 godzinach odsącza się ciecz (prątki zostaną na sączku Chamberlanda), w której znajdują się toksyny błonicy.

Jeśli błonica była prawdziwą a jej prątki dostatecznie zjadliwymi, to 0·10 cm³ tego płynu wstrzyknięte pod skórę, zabija świnkę około 500 gramów ważącą w ciągu 48—60 godzin.

Toksyna w ten sposób uzyskana jest za mocna; osłabia się więc jej zjadliwość zapomocą jodu (płynu Grama); przez stósowne postępowanie może Roux jadowitość hodowli dowolnie wzmacniać i osłabiać. Mając już jad osłabiony, można zastrzyknąć z niego królikowi dawkę dość dużą (0.50 cm³) a zniesie on to bardzo dobrze. Zwierzęciu, które zniosło pierwszą dawkę tej osłabionej toksyny, wstrzykuje się w kilka dni później po raz wtóry już dawkę mniej osłabioną i t. d. postępując dochodzi się wreszcie do czystej toksyny. Na tem polega uodpornianie czyli immunizowanie.

Immunizować możemy różne zwierzęta i przekonamy się, że jedne z nich są mniej odporne na ten jad np. owce, krowy; inne więcej np. psy, konie i t. d.

Koń okazał się bardzo dobrym i do immunizowania i do uzyskiwania surowicy. Jad błoniczy znosi on wybornie, 2—5 cm³ wywołuje u niego tylko stan podgorączkowy; Roux doszedł, zwiększając dawkę, w ciągu 20 dni do wysokiej dawki 250 cm³. Koniowi immunizowanemu upuszcza się krwi z żyły szyjnej w pewnych odstępach czasu i z krwi tej przyrządza się surowicę.

O działaniu leczniczem surowicy możemy przekonać się wstrzykując ją równocześnie z toksynami a wtedy nie dostrzeżemy żadnego działania toksyn. Jeżeli pewną dawkę jadu wstrzykniemy dwom świnkom a jednę z nich kilka godzin przedtem przygotujemy zapomocą wstrzyknięcia surowicy na przyjęcie jadu błoniczego, drugiej zaś nie przygotujemy, to jadowi ulegnie ta tylko. Ten sam skutek wywołuje surowica wstrzyknięta po dawce toksyn.

Aby oznaczyć siłę własności immunizacyjnych surowicy, przyjął Behring za jednostkę tę ilość, która wystarcza, aby zimmunizować, t. j. zabezpieczyć gram zwierzęcia przed dawką na pewne śmiertelną. Np. surowica ma własność immunizacyjną 1 : 1000, znaczy to, że gram surowicy immunizuje 1.000 grm. pewnego zwierzęcia przed dawką w oznaczonym czasie zwierzę o tym ciężarze zabić mogąca. Ehrlich za jednostkę przyjmuje surowicę tak mocną, iż 1/10 cm³ jest w stanie zobojętnić 9/10 prawidłowej toksyny. Działanie surowicy jest najwybitniejsze, jeśli wstrzyknięto ją na kilka godzin przed zastrzyknięciem toksyn. I tak wystarczy zastrzyknąć zwierzęciu 1/100.000 jego ciężaru surowicy, aby mogło w kilka godzin później znieść dawkę toksyny, mogąca zabić w ciągu 5 dni; dawka surowicy, odpowiadająca 1/50.000 części ciężaru zwierzęcia uchrania je od dawki toksyn zabijającej w 48 godzinach.

Jeśli zastrzykuje się zwierzęciu naprzód toksyny, to do wyleczenia go użyć trzeba daleko większej dawki surowicy. Po upływie dłuższego czasu jednak, niż 12 godzin, surowica w doświadczeniach tych już nie działała. Gdy zamiast toksyn w bulionie wstrzykniemy zwierzęciu samą hodowlę, to odpowiednią dawką surowicy możemy je wyratować jeszcze po upływie 12—18 godzin.

Po przekonaniu się o nieszkodliwości dla zwierząt manipulacyj, o których mowa, przystąpił Roux do doświadczeń z chorymi na błonicę. Leczył 300 przypadków, z tych 78 zmarło czyli 26% śmiertelności, we wszystkich przypadkach wykazano prątki Löfflerowskie. Surowica przez Rouxa używana ma 50—100.000 jednostek; wstrzykiwał on 20 cm³ a w 24 godzin powtarzał dawkę i to zwykle wystarczało do wyleczenia, gdy zaś gorączka się utrzymywała i nie było poprawy, wstrzykiwano jeszcze 10—20 cm³.

Ciężar ciała dziecka wynosić mógł średnio 19 kilogr., dawka więc używana wynosiła 1/1000—1/100 ciężaru. Z ubocznych działań i objawów widziano tylko pokrzywkę (*urticaria*).

Przypadki błonicy dzieli R. na dwie gromady, do pierwszej zalicza przypadki niepowikłane inną chorobą; w grupie tej procent śmiertelności wynosił 7·5 lub nawet (gdy się odliczy przypadki za późno przybyłe, 24 godzin przed śmiercią) 1·66%. Działanie surowicy objawiało się obniżaniem się gorączki i znikaniem błon; ogólny stan bywał dobry. Gorzej przebiegały przypadki błonicy, w których badanie bakteryologiczne wykazywało łańcuszkowiec; tu procent śmierci wy-

nosi 34%. W drugiej grupie błonicy powikłanej dławcem krtani itd. procent śmierci był 46.

Roux zachęca do dalszych prób i sądzi, że uzyskać się da lepszy procent, chociaż i przez niego uzyskany 26% jest w porównaniu do dawnego 50% śmiertelności ogromnym postępem. *Dr. Raczyński.*

F o t h: **Doświadczenia z malleiną w armii rosyjskiej.** Do doświadczeń wykonanych z polecenia rządu rosyjskiego użyto malleiny Kreslinga, sporządzonej w ten sposób. Jadowite hodowle bulionowe prątków nosaciznowych daje się do termostatu na 14—20 dni w temperaturę 36°—36,5° C, następnie wyjaławia się przez ogrzanie do 110° C, potem przesącza się pod ciśnieniem 6 atmosfer przez filtr Chamberlanda. Czysty płyn przesączony daje się do termostatu w temperaturę 36,0—36.5° C na 14—20 dni i w ten sposób, jak poprzednio, postępuje się jeszcze 2 razy. Tak otrzymany płyn jest przeźroczystym, ciemno-żółtej barwy, który w ilości 1 cm^3. koniom chorym wstrzyknięty, wywołuje silną reakcyę a u zdrowych koni nawet po zastrzyknięciu podwójnej, potrójnej ilości nie wywołuje żadnej reakcyi. W ten sposób malleina otrzymana, zawierając mało peptonu staje się podobną do francuskiej.

Komisya w tym celu wybrana składała się ze znacznej liczby osób, byli tam i profesorowie i magistrowie i bakteryologowie, inspektorowie obwodowi, weterynarze wojskowi i policyjni i wielu innych.

Komisya przeprowadziła swoje doświadczenia na wielki rozmiar a dla osądzenia reakcyi zwrócono uwagę na: 1) podniesienie się ciepłoty ciała, 2) wypadkową średnią ciepłoty z przeciągu pewnego czasu, 3) na krzywizny gorączkowe; również trzymano się tej zasady, że konie, które okazywały podniesienie się ciepłoty o 2° C, uważano za podejrzane, a wyżej 2° C za bardzo podejrzane.

I tak w pewnym pułku kawaleryi, mającym około 700 koni w przeciągu pół roku wykryto nosaciznę u 58 koni, poczem zaszczepiono 658 koniom malleinę.

Wyniki były następujące:

1) 290 koni bez reakcyi uznano za zdrowe.

2) 130 koni z reakcyą do 2° C uznano za podejrzane.

3) 238 koni z reakcyą wyżej 2° C uznano za bardzo podejrzane.

Z tych 638 koni zastrzelono 22, mianowicie 1 z pierwszej grupy, 7 z drugiej grupy, 14 z trzeciej grupy, a to w celu zbadania dyagnostycznej wartości szczepienia a zarazem związku miejscowej i ogólnej reakcyi ze sprawą chorobową.

Komisya jednak nie trzymała się ściśle przyjętej przez siebie zasady, gdyż z zabitych koni ledwie jeden okazywał reakcyę 1,3° C, wszystkie zaś inne reakcyę wyżej 2° C; zatem z grupy pierwszej nie było żadnego konia, z grupy drugiej zabito 1 a z trzeciej 21 koni.

Z protokołów sekcyjnych, wydrukowanych w broszurze wydanej przez komisyę wypada, że z 22 koni było ledwie 5, któreby ewentualnie do nosacizny odnieść można.

Z tych 22 koni 1 z reakcyą 1,3° C okazał się zdrowym a u reszty 21 koni, badanie bakteryologiczne nie wykazało nosacizny; nawet w świeżych zmianach w płucach i na błonie śluzowej jamy nosowej prątków nie znaleziono. F. roztrząsając sprawozdanie Komisyi i protokóły sekcyjne, nabiera przekonania, że działalność Komisyi była bardzo niedostateczna, sekcye niedokładnie przeprowadzone i opisane, badanie bakteryologiczne całe, rozpoznanie i orzeczenie wątpliwe.

Oto treść orzeczenia Komisyi:

Wśród szczególniejszych okoliczności i klimatycznych stosunków nosacizna przybiera przebieg łagodny i nadzwyczaj przewlekły tak dalece, że zmiany patologiczne na zwłokach nie są wyraźne a rozpoznanie, nawet z pomocą badania bakteryologicznego, natrafia na wielkie trudności. *(Centralbl. für Bact. u. Parasit.* T. XVI. Nr. 12/13).

Dr. L. Haim.

Bakteryologia.

H. W. C o n n: **Bakterye w mleczarstwie. Oddzielenie fermentu podpuszczki z hodowli bakteryj.**

Lubo kilku znanych badaczy (Adametz) zajmowało się dokładnem badaniem bakteryj pośredniczących w kiśnieniu mleka, nie udało się dotąd otrzymać f e r m e n t u w ł a ś c i w e g o w czystości z rzeczonych bakteryj. Conn opisuje metodę przez siebie w tym celu zastosowaną: Bakterye (badał w ten sposób 7 gatunków, między nimi drobnoustrój podobny do *bacillus lactis erythrogenus* i *bacillus fluorescens liquefaciens)* hodował w mleku przez kilka dni, czasem nawet przez 2 tygodnie. Przez ten czas wydzielił się sernik a następnie rozpuścił w części, przez co mleko zmieniło się w płyn gęstawy, zawierający bardzo znaczną ilość bakteryj; przesącz przedstawiał się jako płyn jasny, barwy bursztynowej i zawierał oczywiście wszystkie rozpuszczalne fermenty chemiczne, wytworzone przez bakterye. Przesącz ten zakwaszał kwasem siarkowym i dodawał soli kuchennej aż do przesycenia, poczem pojawiała się na powierzchni znaczna ilość ś n i e ż n o - b i a ł e j p i a n y. Piana ta zebrana, oczyszczona przez stracenie i wysuszona wydała proszek śnieżno-biały, który sprawiał krzepnienie mleka i nosił na sobie wszystkie cechy podpuszczki. Ferment ten daje się przechować bardzo długo, działa najlepiej w ciepłocie 30°—35° C. i sprawia krzepnienie mleka wyjałowionego w ciągu pół godziny. Mleko w ten sposób skrzepłe nie zawiera ż a d n y c h b a k t e r y j.

Autor opisuje i zaleca używanie opisanego fermentu w praktycznem mleczarstwie. Praca powyższa jest cennym przyczynkiem w nauce o uzyskaniu substancyj chemicznych, będących wytworami przemiany materyi bakteryj. *(Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde.* Tom XVI. Nr. 22. 1894). *Pon.*

Zapiski terapeutyczne.

— D. H a n s e m a n n: O b ł o n i c y i j e j l e c z e n i u w s t r z y k i w a n i a m i s u r o w i c y B e h r i n g a. W czasie, w którym rozprawia się tyle o błonicy, wypada zastanowić się, co w naszych o tej chorobie wiadomościach jest rzeczą pewną a co tylko przypuszczeniem. Zdawałoby się, że pogląd na te sprawy powinna dać historya błonicy, wydana niedawno przez Behringa, okazuje się wszakże, że nie jest to historya, lecz tylko zbiór tego, co popiera twierdzenia Behringa lub łatwo zbić się daje.

Przedewszystkiem wiedzieć należy, że lasecznik Loefflerowski nie jest przyczyną prawdziwej błonicy, jak ją scharakteryzował Bretonneau, bo trafia się tylko mniej więcej w 75% przypadków tej choroby, jak to zresztą podał już sam Loeffler, nie znajduje się nigdy sam wyłącznie a natomiast znajduje się nie tylko w innych chorobach, nie mających z błonicą nic wspólnego, ale także i u osób zupełnie zdrowych. Lasecznik, o którym mowa, wywołuje u zwierząt chorobę, której pod względem ani klinicznym ani anatomicznym za błonicę brać nie można, jak na odwrót znów w tejże samej epidemii trafiają się wzorowe przypadki błonicy z laseczникami Loefflerowskiemi i bez nich. Twierdzić przeto, że prawdziwej błonicy nie ma bez laseczników Loefflerowskich, jest to po prostu stawać w sprzeczności z okolicznościami udowodnionemi przez bakteryologią, klinikę i anatomią patologiczną.

Lasecznik Loefflerowski w zetknięciu ze zdrową błoną śluzową nie sprawia żadnego skutku; jedynie po mocnem wcieraniu prowadzi do wypociny włóknikowej, dalej już nie szerzącej się, wypociny, którą można wywołać nie tylko innemi bakteryami, ale nawet i przetworami chemicznemi. Jestto dowodem, że lasecznik Loefflerowski nie jest przyczyną prawdziwej błonicy.

Użycie terapeutyczne surowicy właściwej w błonicy opiera się na dwóch przypuszczeniach: 1) że leczenie polega na uodpornieniu (immunizacyi) ustroju przez samąż chorobę

zakaźną i 2) że to uodpornienie następuje przez powstanie antytoksyn, t. j. substancyj chemicznych, niszczących trujące działanie bakteryj.

Przypuszczenie pierwsze jest tylko teorya a antytoksyn nikt nie widział i w stanie czystym nie otrzymał. Całe przeto pojęcie antytoksyn znów jest tylko samą teoryą. Tyle tylko wydaje się pewnem, że można zwierzęta immunizować przeciw prątkom Loefflerowskim i że ich surowicą można immunizować inne zwierzęta przeciw tejże samej chorobie i chronić je od jej nabycia.

Ztąd wszakże nie wolno wnosić, że surowica, o której mowa, jest lekiem swoistym przeciw błonicy u ludzi, gdyż 1) zwierzęta zachowują się w tej mierze inaczej, jak człowiek a 2) to nie błonica, którą leczy się surowicą u zwierząt, to tylko choroba powstała z laseczników Loefflerowskich.

Behring twierdzi o swym środku, 1) że uodpornia, 2) leczy, 3) nie jest szkodliwy.

Co do 1). Immunizacyi wcale dotychczas jeszcze nie udowodniono, bo nie ulega wątpliwości, że są przypadki, w których surowica Behringa nie okazała się skuteczną, co tłómaczono w dwojaki sposób: albo dziecko już było chore, kiedy je szczepiono albo uodpornienie, którego trwanie podawano z początku na 8 do 14 dni, obecnie już na 6 tygodni, nie wytrzymało tak długo, jak było potrzeba.

Co do 2). Nie ma dotychczas dowodu, że surowica Behringa rzeczywiście leczy błonicę. Ażeby dowieść jej skuteczności, odwołano się do statystyki. Pamiętać wszakże trzeba, że obecnie przysyłają do szpitali celem leczenia surowicy przypadki bardzo lekkie, któreby skończyły się pomyślnie i bez żadnego leczenia i którychby kiedyindziej nie uważano wcale za błonicę, gdy dawniej dostawały się do szpitali same tylko przypadki ciężkie. Jeżeliby np. leczono surowicą zapalenie włóknikowe błony śluzowej nosa *(rhinitis fibrinosa)*, zapalenie, w którem zawsze znajdują się laseczniki Loefflerowskie, otrzymanoby z pewnością 100% wyleczenia, ponieważ ta choroba i bez leczenia kończy się zawsze pomyślnie. Przeciwko swoistości działania surowicy przemawia i to, że już znanych jest 17 przypadków błonicy, w których mimo leczenia surowicą przyszło do właściwych, od dawna znanych porażeń pobłoniczych.

Co do 3). Mylnem jest zdanie, jakoby surowica Behringa była całkiem bezpiecznym środkiem. Pomijając już, iż surowica krwi jednych zwierząt jest dla zwierząt innego gatunku gwałtowną trucizną, działającą szkodliwie na krew, bez względu, czy ją wstrzyknie się podskórnie, czy wprowadzi wprost do żył, widziano po użyciu leczniczem surowicy Behringa cały szereg przypadków z pokrzywką, wysoką gorączką, bólami w stawach, obrzmieniem gruczołów limf. i t. d. (por. nr 49. *Przeglądu lek.* z r. b.) i białkomoczem *(albuminuria)* a autor przytacza ze szpitala berlińskiego Charité przypadek, w którym po wstrzyknięciu surowicy Behringa wystąpiło ciężkie zapalenie nerek zakończone śmiercią. Sekcya wykazała w nerkach zmiany, jakich nie widziano ani w płonicy ani w błonicy.

Surowicy przeto Behringa nie można bynajmniej uważać za środek obojętny.

Wywody swe kończy autor twierdzeniem:

a) że nie ma żadnych dowodów swoistego działania surowicy Behringa w błonicy i *b)* że środek ten w pewnych okolicznościach może stać się szkodliwym. (*Berliner klin. Wschrift* 10. Grudnia 1894).

— Altmann (w Metzu): W sprawie techniki wstrzykiwań w żyły. Uwagi Blaschki co do trudności technicznych i niedogodności łączących się ze wstrzykiwaniami w żyły (por. nr. 46. *Przeglądu lek.* z r. b.) skłaniają autora do podania następnego sposobu, który wszelkie niedogodności usuwa prawie zupełnie. Przez obwinięcie ramienia opaską lnianą lub rurką kauczukową, robi się naprzód widoczną żyłę pośrodkową *(vena mediana)* w okolicy stawu łokciowego, poczem wbija w nią oczywiście bardzo starannie desinfekcyonową igłę, trzymając ją ile możności równolegle do skóry z końcem zwróconym ku ramieniu a wbija powoli, dopóki nie wystąpi krew z otworu górnego igły, co jest dowodem, iż igła jest już w żyle. Krew wypływająca z igły wypędza powietrze a skoro tylko okaże się, iż w tej krwi nie ma baniek powietrza, chwyta się po usunięciu opaski z ramienia strzykawkę już gotową, t. j. płynem wypełnioną i przykłada ją do igły, poczem wstrzykuje się. Tym sposobem unika się na pewne wprowadzenia powietrza do żyły. Postępowanie to jest bardzo proste i przy niejakiej wprawie udaje się za pierwszem zaraz nakłuciem, jest całkiem niebolesne i zapobiega zupełnie dostaniu się płynu w sąsiedztwo żyły a nadto zapewnia bezpieczeństwo metodzie, która ma wiele zalet przed wstrzykiwaniem podskórnem. *(Berl. klin. Wchschrift.* 26. Listopada 1894).

— W. Bechterew. O równoczesnem używaniu bromków i gorzykwiatu wiosennego *(adonis vernalis)* w padaczce *(epilepsia)*. Między wszystkimi środkami przeciw padaczce najskuteczniejszymi są bromki we wielkich dawkach. Mimo tego nie można zaprzeczyć, iż przy zadawaniu samych wyłącznie bromków napady padaczki w małej tylko liczbie przypadków ustają zupełnie, najczęściej tylko stają się rzadszymi i słabszymi. Są wszakże i przypadki, w których bromki nie mają żadnego wpływu na przebieg padaczki albo nawet działają szkodliwie. Dlatego w ostatnich czasach zaczęto bromki łączyć z innemi lekami, jak bobem kalabarskim, ezeryną, pitrotoksyną, pokrzykiem wilczą jagodą *(belladonna)*, atropiną lub naparstnicą *(digitalis)*. Poulet radzi we wszystkich ciężkich i uporczywych przypadkach łączyć bromki z jednym z wymienionych co właśnie środków a Flechsig zaleca obok bromków makowiec *(opium)* w ten sposób, że przez 6 tygodni zadaje makowiec poczynając od 5 centygramów dziennie (rozdzielonych na 3 lub 4 dawki) a dochodząc do grama i więcej nawet dziennie (po 0·25 do 0·35 trzy lub cztery razy również dziennie), poczem przechodzi nagle do dużych dawek (po 7·00 na dzień) bromków i daje je bez zmiany przez mniej więcej dwa miesiące, poczem schodzi zwolna do dwóch gramów dziennie.

Ten sposób leczenia ma być skutecznym nawet w zastarzałych i uporczywych przypadkach padaczki, co polega prawdopodobnie na tem, iż makowiec przysposabia ustrój do bromków i potęgnje ich działanie.

Wychodząc ze zapatrywania, że podstawą napadów padaczki są zboczenia naczynioruchowe a mianowicie czynne przekrwienie mózgu, tudzież, że bromki działają głównie przez obniżenie pobudliwości układu nerwowego, osobliwie kory mózgowej, łączy autor bromki z gorzykwiatem wiosennym, który obok podwyższenia ciśnienia w naczyniach zwęża ich światło, i w tym celu zapisuje:

148) Rp. *Inf. adonis vernalis e* 2·00—3·75
ad colaturam 180·00
Kalii bromati 7·50—11·50

MDS. Zażywać w miarę potrzeby od 4 do 8 łyżek dziennie.

Jako leku uspakajającego można dodać do tej mieszaniny 12 do 18 centygramów kodeiny. Leczenie takie znoszą chorzy dobrze i całymi nawet miesiącami.

Terapia taka nieraz odrazu wstrzymuje zupełnie napady padaczki, w innych przynajmniej znacznie zmniejsza ich stopień i liczbę.

W niektórych przypadkach otrzymał autor skutek pomyślny z połączenia bromków z naparem naparstnicy *(infusum digitalis)*; gdy jednakowoż ta działa zbiorowo, wolał autor używać gorzykwiatu wiosennego. Dodatek kodeiny jest bardzo przydatny, sądzi jednak autor, że możnaby go zastąpić z dobrym także skutkiem innemi przetworami makowca. *(Neurologisches Centralblatt* 1. Grudnia 1894).

— W dnie (*arthritis chronica*) zaleca R. Blackham:

149) Rp. *Chinini sulfurici*
Exti colchici
Pulv. foll. digitalis
Pulv. scillae $\widehat{aa}$ 1·20
Gummi tragacanthae *q. s.*
M. f. l. a. pill. viginti.

S. Zażywać dziennie po 1 do 3 pigułek przed jedzeniem.

— W zapaleniu gruczołu przyusznego *(parotitis)* zaleca H. Stauffer wcieranie rano i wieczór w wielkości orzecha laskowego maści:

150) Rp. *Ichthyoli*
Lanolini aa 10·00

Leczenie to nie tylko uśmierza bardzo rychło bóle, ale i zmniejsza obrzmienie.

(La semaine médicale. 5. Grudnia 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 7. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 43.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący powitał obecnych na posiedzeniu gości: Dra Bohdanowicza z Paryża i Dra Górskiego z Bochni.

3) Kol. przewodniczący odczytał list Dra Ściborowskiego, który ofiarował bibliotece Tow. lek. krak. zbiór dzieł lekarskich, broszur i czasopism, pomiędzy temi ostatniemi znajdują się roczniki kompletne niektórych pism, stanowiących dziś rzadkość. W imieniu Komitetu wnosi kol. przewodniczący, aby Towarzystwo złożyło ofiarodawcy piśmienne podziękowanie z zapisaniem tego do protokołu, co jednomyślnie uchwalono.

4) Kol. przewodniczący odczytał ułożoną przez Komitet listę członków komisyi przedwyborczej, w której skład weszli: Dr. Buszek, prof. Browicz, Dr. Bielański, Dr. Filimowski, prof. Gluziński, Dr. Junger, Dr. Kośmiński, Dr. Kozłowski, Dr. Kirschner, Dr. Mączka, prof. Mars, Dr. Nowak, prof. Obaliński, prof. Pieniążek, doc. Ponikło, prof. Rydel, Dr. Raczyński, Dr. Rosner, Dr. Rosenblatt, Dr. Rutkowski, Dr. Ściborowski, Dr. Szymkiewicz, Dr. Tyszkiewicz, Dr. Wiszniewski i Dr. Zoll.

5) Kol. Kryński przedstawił chorego, u którego wykonał plastyczną operacyę ścięgien dłoni. Chory ten, mężczyzna 24-letni, zgłosił się do kliniki chirurgicznej, skarżąc się na niemożność zginania palca środkowego ręki prawej, który sterczy wyprostowany, przeszkadzając w robocie. Powstało to w skutek skaleczenia dłoni szydłem, czego ślad jest widoczny w postaci małej blizny w samym środku dłoni. Rozpoznawszy przecięcie ścięgien obu zginaczy palca środkowego, wobec niemożności zeszycia obydwóch ich końców, wykonał mówca następną operacyę: Obnażywszy szerokiem cięciem ścięgna, leżące w pośrodku dłoni, w wysokości odpowiadającej obwodowemu końcowi przeciętych ścięgien 3-go palca, rozszczepił podłużnie ścięgno powierzchownego zginacza wskaziciela i tę odszczepioną połowę zeszył z końcem takiegoż ścięgna 3-go palca, w takiż sam sposób część ścięgna głębokiego zginacza 4-go palca zeszył z odpowiedniem ścięgnem przeciętem środkowego. W ten sposób czynność zginaczów tego palca rozłożono na dwa sąsiednie palce: powierzchownego na palec 2-gi, głębokiego na palec 4-ty; wreszcie zeszyto ranę skórną. Dziś minęły cztery miesiące od operacyi: wzdłuż dłoni ciągnie się wązka blizna linijna, zginanie i prostowanie palców wszystkich razem jest zupełnie swobodne i prawidłowe, sam zaś jeden 3-ci palec zgina się dobrze, lecz maximum zgięcia, bez jednoczesnego współudziału innych palców, nie wykonywa. Prawdopodobnie, że i ten ruch, nawet dla chorego niekoniecznie potrzebny, przy odpowiedniem ćwiczeniu się, będzie on mógł wkrótce osiągnąć.

6) Kol. Słapa miał zapowiedziany wykład *o leczeniu błonicy surowicą krwi,* przeznaczony do druku w *Przeglądzie lek.* W dyskusyi oświadcza kol. Jakubowski, iż doświadczenia z antytoksyną błoniczą robią obecnie (głównie pedyatrzy) w wielu klinikach i szpitalach dziecięcych. Przemawiający również od kilku tygodni stosuje ten środek w błonicy w swej klinice pedyatrycznej w szpitalu św. Ludwika. Obserwacya kilku dotąd leczonych przypadków nie uprawnia jednak mówcy do wysnuwania jakichbądź wniosków o skuteczności środka, zwraca on jednak uwagę, iż chcąc otrzymać z doświadczeń z antytoksyną rzetelne pojęcie o jej skuteczności, należy obok ścisłej obserwacyi klinicznej prowadzić równocześnie dla kontroli badania bakteryologiczne. A mianowicie przed użyciem płynu u człowieka należy wprzód część jego zastrzyknąć śwince morskiej w celu przekonania się o jego sile i skuteczności. Równocześnie należy płyn zbadać dokładnie, czy w skutek dłuższego przechowywania nie rozkłada się gnilnie, antytoksyna bowiem, jako surowica krwi, z łatwością podpaść takiej zmianie może. Wstrzykując więc bez poprzedniej kontroli antytoksynę, którą sporządzono przed kilku tygodniami a może nawet przed kilku miesiącami, łatwo można zastrzyknąć płyn już rozkładający się, zawierający w sobie trujące albuminaty, a natenczas zamiast zbawiennych skutków leczniczych, sprowadzić można u chorych groźne przypadky zatrucia. Także w celu kontroli obserwacyi klinicznej pokłady błonicze należy poddać badaniu bakteryologicznemu tak przed zastrzyknięciem, jak i po zastrzyknięciu antytoksyny. Przed zastrzyknięciem dlatego, aby nabrać przekonania, że istotnie mamy do czynienia z błonicą, rozwijającą się pod wpływem prątków Löfflerowskich; po wstrzyknięciu zaś badać należy oddzielające się błony w celu przekonania się, o ile wstrzyknięcie wpływa na dalszy rozwój lub obumieranie prątków. Następnie przemawiający zwraca uwagę, że nietylko w zawodowych pismach lekarskich, ale i peryodycznych nielekarskich, pojawia się dużo sprawozdań o skuteczności antytoksyny, opierających się na statystyce śmiertelności z błonicy przed i po zastosowaniu rzeczonego środka. Śmiertelność dotychczasowa w błonicy wynosiła około 50%, u chorych zaś leczonych antytoksyną tylko 24%. Takie zestawienie cyfr obok siebie nie jest uzasadnionem, gdyż w dotychczasowych wykazach śmiertelności wyliczano wszystkie przypadki śmierci, pochodzące w skutek błonicy tak samoistnej, jak i następowej, pojawiającej się n. p. w przebiegu płonicy. Tymczasem antytoksynę zalecają tylko w błonicy samoistnej, rozwijającej się pod wpływem prątków Löfflerowskich, a więc i śmiertelność odnosi się tylko do tej postaci choroby. Jeżeli porównanie odsetków śmiertelności ma służyć za podstawę do ocenienia skuteczności i wartości środka, w takim razie z dawniejszych dat statystycznych należałoby brać do obliczenia tylko śmiertelność z przypadków samoistnej błonicy, co jednak prawie jest niemożliwem, gdyż w dawniejszych czasach, przed wprowadzeniem badania bakteryologicznego, lekarze praktyczni nie odróżniali tak ściśle gatunków błonicy, jak to bywa dzisiaj. Również z relacyj, ogłaszanych w pismach zawodowych, dowiadujemy się, iż w dławcu czyli krupie błoniczym, po wstrzyknięciu antytoksyny procent śmiertelności z 75 obniżył się na 44·9, co nie zgadza się z rzeczywistością. Mówca zwraca uwagę, iż od lat 10-ciu, gdy do leczenia dławca błoniczego wprowadzono intubacyą metodą O'Dwyera, według ścisłych zestawień statystycznych prof. Rankego w Monachium, liczba wyzdrowień dochodzi do 39, czyli śmiertelność wynosi 61%. W krakowskim szpitalu św. Ludwika w poważnej liczbie stu kilkudziesięciu przypadków intubacyi w przebiegu dławca błoniczego w ciągu ostatnich 4-ch lat, liczba wyzdrowień była 44·2%, czyli śmiertelność wynosiła 55·8. Powyższe szczegóły przytacza mówca nie dlatego, aby z góry powątpiewać o skuteczności działania antytoksyny, ale dlatego, aby wykazać, że podawane dotąd daty statystyczne nie są oparte na właściwych premisach i nie są dokładne i że dopiero po kilkoletnich, ścisłych badaniach szpitalnych, w różnych miejscowościach, wśród rozmaitego nasilenia nagminnego choroby i we wszystkich porach roku, może dać jasne pojęcie o skuteczności antytoksyny i o jej wyższości nad innemi dotąd do zwalczenia błonicy używanemi środkami. (Sprawozdanie własne).

Kol. Kryński prosi prelegenta o wyjaśnienie paru kwestyj, co do których Behring w dotychczasowych swych publikacyach nic lub niewiele mówi, lub też różni się od Rouxa. Przedewszystkiem idzie tu o trwałość surowicy leczniczej i jakie można mieć pod tym względem kryteryum jej dobroci i używalności. Według opisu Rouxa ma to być płyn ciemnożółty, przeźroczysty; tymczasem w buteleczce, przywiezionej przez prelegenta od Behringa, widzimy płyn mocno zmętniały. Behring surowicę przeznaczoną do handlu przyrządza nieco odmiennie a mianowicie dodaje małą ilość karbolu, nigdzie jednakże nie objaśnia, jak ma ciecz ta wyglądać, aby była zdatną do użytku i na jak długo zachowuje ona swe własności lecznicze. Druga rzecz, jest to kwestya tracheotomii w krupie i jej stosunku do terapii surowiczej; czy pod wpływem tej ostatniej nie daje się dostrzedz zmiana co do zmniejszenia jej częstości lub, jak twierdzi Roux, zupełnego zarzucenia jej i zastąpienia przez intubacyę.

Kol. Słapa oświadcza w odpowiedzi, że mętność przedstawionej surowicy nie orzeka o jej zepsuciu, lecz zależy tylko od wydzielenia się paraglobuliny przez dodanie kwasu karbolowego. Co do używal-

ności surowicy, rzeczywiście Behring żadnej tu nie określił granicy, sądzi jednak mówca, że w ciągu 6—8 tygodni jest ona zupełnie odpowiednią do użytku.

Pod względem wpływu surowicy na zmniejszenie częstości tracheotomii, mówca nic wybitniejszego u Behringa nie dostrzegł; co się zaś tyczy zastąpienia w takich razach przez intubacyę, zależy to więcej od indywidualnych zapatrywań leczącego, której z tych dwóch metod w ogóle dać pierwszeństwo.

Kol. Murdzieński zwraca uwagę na wiele stron niekorzystnych tej nowej metody. O jednej z nich a mianowicie o braku kryteryum co do świeżości i dobroci przetworu, bez czego można choremu bardzo zaszkodzić injekcyą, mówił już kol. Kryński. Drugą rzeczą jest utrudnione stósowanie środka w praktyce tak, iż dzięki zawiłej procedurze będzie go można stósować tylko w klinikach i szpitalach. Wreszcie dotychczasowa statystyka jest tak niepewna i nieliczna, że z niej żadnego zdania wyprowadzić nie można. W ogóle całej metodzie mówca nie przepowiada przyszłości.

Kol. Raczyński chciałby zwrócić uwagę na jednę okoliczność. Doświadczenie na zwierzęciu jest rzeczywiście przekonywające. Zwierzę zatrute jadem czystej hodowli prątków Löfflerowskich leczymy odpowiednią surowicą; jeśli jednak chcemy zastósować to do leczenia błonicy w praktyce, musimy zapytać się, czy błonica jest także takiem zakażeniem ustroju produktami wyłącznie tych prątków. Tymczasem wykazały liczne badania bakteryologiczne, że błonica nie polega nigdy na obecności samych tylko prątków Löfflerowskich, lecz, że zawsze znajdziemy tam obok innych niechorobotwórczych przedewszystkiem stafilokoki i streptokoki. W dwudziestu kilku przypadkach błonicy, które mówca badał bakteryologicznie w zakładzie prof. Bujwida, znachodził zawsze streptokok jako stałego towarzysza prątków błoniczych. Wynika ztąd, że błonicę pojmować trzeba jako chorobę o zakażeniu mięszanem (*Mischinfection*). Ściśle badania wykazały dalej, że od ilości streptokoków i ich jadowitości zależy także ciężkość objawów klinicznych; stwierdzono, że w ciężkich formach on znajduje się zawsze w wielkiej ilości a wtedy, gdy bierze przewagę, wywołuje ten szereg przypadków, który klinicznie nazywamy błonicą gnilną (dyfteryą septyczną). Jasną jest rzeczą, że w tych najcięższych formach, prawie bez wyjątku śmiertelnych, leczenie surowicą nie odniesie żadnego skutku, czyli, że w tych przypadkach będziemy, jak dotąd, bezsilni. (Sprawozdanie własne).

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Posiedzenie drugie d. 24. Lipca o godz. 10. rano [1]).

Przewodniczący prof. Rydygier, w którego zastępstwie obejmuje chwilowo przewodnictwo Dr. Garbowski z Warszawy. Po odczytaniu przez gospodarza sekcyi, Dra Ziembickiego nadesłanych telegramów, rozpoczęto wykłady wobec bardzo licznego audytoryum, powstałego przez połączenie się na to posiedzenie sekcyi chirurgicznej z sekcyą ginekologiczną.

IV. Prof. **Rydygier**: *O wycinaniu włókniaków macicy.* Nie wdając się w bliższy rozbiór licznych sposobów operacyjnych, jakie w tym celu podano, przechodzi mówca do jednego z najodpowiedniejszych a przeto i najczęściej stósowanych, *hysterectomia supravaginalis per laparotomiam*. Metoda ta pomimo opozycyi ze strony Martina, chcącego zastąpić ją przez wycięcie całkowite macicy, długo utrzyma się na pierwszem miejscu. Sposób wykonywania tej operacyi przechodził w rękach rozmaitych chirurgów, podobnie jak i prelegenta, różne koleje i różnorodnym ulegał zmianom. Dotyczyły one głównie sposobu zaopatrzenia kikuta macicznego, który to zapuszczano do jamy brzusznej całkowicie (metoda intraperytonealna), to przytwierdzano go na zewnątrz ponad ścianą brzuszną (m. ekstraperytonealna), to wreszcie wszywano go w środek ścian brzusznych (m. śródścienna). Podobnież w rozmaity sposób starano się zapobiedz krwotokowi z kikuta po odcięciu macicy i zamknąć jamę szyjki (Schröder, Zweifel, Kocher). Wypróbowawszy kolejno wszystkie te sposoby, wyrobił sobie mówca postępowanie odmienne, którego od dłuższego czasu trzyma się już stale, jako zdaje się najodpowiedniejszego, gdyż sposobem tym operacya wycięcia macicy wraz z mięśniakami odbywa się w taki sam zupełnie sposób, jak wyłuszczenie każdego innego guza. Pierwszy więc akt operacyi stanowi oddzielenie macicy od bezpośrednio sąsiednich narządów i podwiązanie głównych naczyń; zatem na więzy szerokie po jednej i drugiej stronie zakłada się po parę podwiązek, z których ostatnie, założone przez krawędź macicy, obejmują tętnice maciczne. Po uwolnieniu w ten sposób macicy z przedniej i tylnej jej powierzchni wykrawa się i oddziela płaty otrzewny w celu pokrycia nimi powierzchni kikuta; wtedy po przewiązaniu tymczasowem powyżej miejsca przecięcia macicy *in toto*, aby zapobiedz możliwemu wypływowi z jej jamy, odcina się ją nożem nieco stożkowato od części szyjnej, której przewód wypala się termokauterem. Na przekroju zakłada się w miarę potrzeby kilka podwiązek, wreszcie łączy się ze sobą szczelnie obie powierzchnie przekroju kikuta, bacząc, aby nitka szwu nie przechodziła przez przewód szyjki. Ponad tym szwem zeszywa się brzegi utworzonych płatków otrzewnowych szwem kuśnierskim, który przedłuża się w obie strony na szerokie więzadła tak, iż w końcu otrzymuje się otrzewnę zupełnie zamkniętą jedną linią szwu, co jest nader ważne. Mówca, wypróbowawszy ten sposób operowania, zamierzał go ogłosić, dowiedział się jednak od prof. Marsa, iż takiej samej metody używa od niedawnego czasu Chrobak. W ostatnim zeszycie *Revue de chirurgie* opisuje Dr. Leonte, chirurg z Bukaresztu zupełnie takie same postępowanie, jako swoje, za pomocą którego operował 26 przypadków mięśniaków macicy i co najważniejsza, z zupełnem powodzeniem. Taki więc piękny szereg kolejnych przypadków pomyślnych przemawia bardzo na korzyść tej metody operacyjnej, którą mówca gorąco poleca, jako postępowanie *par excellence* chirurgiczne.

Co się tyczy wycinania całkowitego macicy przez laparotomię, to przypomina prelegent, iż on to pierwszy polecił przecięcie pochwy, oddzielenie sklepień i uwolnienie macicy od dołu wykonać na początku, następnie dopiero przystąpić do laparotomii; później dopiero podobnie postępowali inni (Ott, Bardenheuer), o czem obecnie wielu autorów zapomniało, między innymi i Dr. Szuman w swej pracy. Ogłoszone później przez Gussenbauera postępowanie odwrotne — naprzód laparotomia a później obcięcie od poch-

---

[1]) Na początku sprawozdania z posiedzenia I-go w Nrze 44-tym (str. 608.) opuszczony został następujący ważny szczegół. Mianowicie na wstępie posiedzenia gospodarz sekcyi, Dr. Ziembicki na wniosek Wydziału gospodarczego zaproponował wybór na prezesa honorowego sekcyi Dra Matlakowskiego z Warszawy. Wniosek jednomyślnie przyjęto i postanowiono uchwałę tę zakomunikować telegraficznie wybranemu. Treść telegramu, wysłanego przez gospodarza sekcyi do Dra Matlakowskiego, zarówno jak i odpowiedź listowna tego ostatniego pomieszczone zostaną w Pamiętniku Zjazdu VII.

wy — uważa mówca nie za ulepszenie, lecz za pogorszenie swego sposobu operowania.

Dyskusyę odłożono do następnego odczytu, dotyczącego tej samej kwestyi, który miał:

V. Prof. **Obaliński**: *O leczeniu włókniaków macicy.* Leczenie włókniaków macicy stanowi pytanie dotychczas nierozstrzygnięte. Było ono przedmiotem obrad na dwóch ostatnich kongresach międzynarodowych, zajmowało się nim wiele zjazdów specyalnych, ostatecznie kwestyi nie wyczerpano; przeważała jednak w ostatnich czasach dążność do zupełnego wycięcia macicy. Przyczyną tego było, że przy takiem postępowaniu otrzymano stósunkowo najmniejszy procent śmiertelności. Okoliczność ta jednak nie skłania mówcy do całkowitego wycinania macicy, boć i po amputacyach dziś odsetka śmiertelności nie wynosi nawet 1%, a mimo to uciekamy się do nich dopiero w ostateczności. Podobnież *malum necessarium* stanowi wycinanie zupełne macicy, będące bądź co bądź ciężkiem okaleczeniem kobiety. Gdy postępowanie łagodniejsze, jak wstrzykiwanie ergotyny, elektroliza i podwiązywanie tętnic, nie prowadzą do skutku, nasuwa się samo przez się pytanie, dlaczego chirurdzy opuszczają wskazanie najracyonalniejsze — usuwanie samego włókniaka, tembardziej, że dążenie w tym kierunku było od dawna i do dziś się utrzymuje.

Począwszy od Velpeau wydobywanie włókniaków od strony pochwy i jamy macicznej było przez czas dłuższy jedynem, stósowanem w tych przypadkach postępowaniem; współcześni chirurdzy i ginekolodzy francuscy (Pean, Doyen, Pozzi, Ségond) stoją i dziś jeszcze na tem samem stanowisku. Godząc się z ich poglądami, oświadcza mówca jednak, że przynajmniej do połowy, jeśli nie więcej, włókniaków dostęp od strony otrzewny jest daleko łatwiejszy, niż od strony jamy macicznej. Zwróciwszy na to uwagę, zadał on sobie pytanie, dlaczego wyłuszczanie włókniaków od strony otrzewny tak mało ma dotychczas zwolenników i czy przyczyny dotychczasowych niepowodzeń tego postępowania nie dadzą się usunąć. By kwestyę tę rozstrzygnąć, zestawił prelegent nietylko swój materyał operacyjny, ale i przypadki Matlakowskiego, Marsa, kliniki ginekologicznej krakowskiej i wreszcie odpowiednie preparaty z zakładu prof. Browicza, w sumie ogólnej 55 przypadków włókniaków macicy.

Z przeglądu przypadków operacyjnych przekonał się prelegent, że jedną z głównych przyczyn niepowodzenia w wyłuszczaniu włókniaków macicy od strony otrzewny było zatrzymywanie się po zeszyciu rany wydzieliny, wywołujące nieraz w następstwie *sepsis*. Wobec tego, uważa w tych razach za konieczne zapewnienie wydzielinie odpływu na zewnątrz i w tym celu postępuje w sposób następujący: po wyłuszczeniu włókniaka ze ściany macicy wszywa on brzegi rany macicy w ranę brzuszną za pomocą szwów, łączących otrzewnę macicy z otrzewną ściany brzusznej; w ten sposób zamyka jamę otrzewnową, ranę zaś w ścianie macicy otwartą na zewnątrz tamponuje i leczy następnie jak zwykłą ranę pooperacyjną, aseptyczną. Twierdzenie, jakoby macica, operowana w ten sposób, miała być do czynności płciowych niezdolną, obaliły spostrzeżenia Porry i Löhleina, którzy dowiedli, że macica po rzeczonych operacyach może funkcyonować zupełnie prawidłowo zarówno podczas ciąży, jak i porodu.

Metoda ekstraperytonealnego operowania włókniaków macicy jest zresztą wskazana przez samą przyrodę· *Non fingendum esse aut excogitandum, sed inveniendum, quid natura ferat atque faciat* — powiada Bakon, a ponieważ, jak widzimy, znajdujące się w ustroju produkty spraw chorobowych lub ciała obce częstokroć za pomocą zrostów dostają się same na zewnątrz, więc metoda ta odpowiada żądaniu Bakona. Dalej znajduje ona powszechne zastósowanie w usuwaniu bąblowca wątroby, w wydobywaniu kamieni z pęcherzyka żółciowego i t. p. Sam mówca używa jej w kamicy, w *appendicitis*, desinwaginacyi i ciąży zamacicznej a nawet proponuje zastósować ją w cystotomii, według sposobu Rydygiera.

Z ogólnej liczby 55-ciu, zebranych przez prof. Obalińskiego przypadków włókniaków macicy, czterdzieści a więc z górą dwie trzecie, nadawało się, zdaniem jego, do wyłuszczenia. Z ogólnej liczby operowano w trzydziestu siedmiu przypadkach; z nich do wyłuszczenia kwalifikowało się 28, wyłuszczano zaś tylko w 15-tu przypadkach. Operacyę tę ośm razy wykonano intraperytonealnie z wynikiem takim, że cztery chore wyzdrowiały, cztery zaś zmarły, co wynosi 50% śmiertelności; w pozostałych siedmiu przypadkach postępowano po wyłuszczeniu ekstraperytonealnie, ze skutkiem we wszystkich siedmiu przypadkach jak najlepszym. Dane te świadczą, że metoda ta jest rękoczynem stósunkowo łagodnym i pewnym; wobec tego, sądzi mówca, że będzie można na przyszłość, nie czekając aż wskutek nadmiernego rozrostu włókniaków wystąpią groźne objawy, operować je wcześnie. Wnioski swoje Prof. Obaliński streszcza w następujących punktach:

1) Przebieg włókniaków nie daje się przewidzieć, dlatego należy je usuwać w początkach.

2) Tembardziej jest to wskazanem, jeżeli który z objawów wzrasta.

3) Jedynie operacya daje pewne usunięcie włókniaka.

4) Każdy przypadek należy indywidualizować a to w celu użycia metody najłagodniejszej i najpewniejszej.

5) Do najłagodniejszych metod należy zaliczyć wyłuszczanie przez pochwę i przez laparotomię.

6) Ponieważ w dwóch trzecich przypadków daje się guz z łatwością wyłuszczyć, przeto Prof. Obaliński przy zestawieniu różnych metod, kładzie na 1-em miejscu wyłuszczenie, na 2-giem wydobycie macicy przez pochwę (Pean), na 3-ciem amputacyę (Zweifel), na 4-tem całkowite wycięcie macicy za pomocą laparotomii.

7) Wyjątkowo tylko należy trzebić lub dekortykować.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 13. Grudnia 1894 r.

— Sekundaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie, Dr. Stanisław Czapliński zamianowany prymaryuszem szpitala miejskiego w Nowym Sączu.

— Jak można się było spodziewać, odczyt Hansemanna w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem, o którym wspominaliśmy na tem miejscu przed tygodniem a który podajemy na właściwem miejscu niniejszego numeru w streszczeniu, zrobił wrażenie, czego piśmiennym wyrazem są uwagi w tej mierze *Deutsche med. Wchschft*, która nie obawia się o przyszłość seroterapii w błonicy i sądzi, że nad krytykami nauka i doświadczenia przejdą niedługo do porządku dziennego,

W dniu 5. b. m. odbyło się znów posiedzenie Tow. lek. berlińskiego, na którem prof. Bergmann, nie podając wszakże do wiadomości swych doświadczeń terapeutycznych, uznał surowicę Behringa za godną dalszych prób klinicznych, Virchow zaś oświadczył, iż wobec coraz pomyślniejszych wiadomości o działaniu środka, o którym mowa, uchyla swe dawniejsze wątpliwości teoretyczne co do lasecznika Löfflerowskiego i jego stósunku do błonicy. Dalsze rozprawy odroczono.

— *La médecine moderne* wyraziła w swym numerze z d. 14. Listopada b. r. zdziwienie, że w Niemczech sprawa leczenia błonicy właściwą surowicą nie tylko nie wzbudziła takiego, jak we Francyi, entuzyazmu, ale że nawet lekarze niemieccy zachowują się zimno, żeby już nie powiedzieć po nieprzyjacielsku względem nowej metody leczniczej, której zasadę i pierwsze zastósowanie podał ich ziomek. Otóż korespondent berliński tegoż dziennika lekarskiego nie zaprzecza temu bynajmniej, lecz tłómaczy swych rodaków wspomnieniem na niefortunny wynalazek Kocha, brakiem dostatecznych dowodów skuteczności nowego sposobu leczenia, skoro Körte miał w szpitalu *am Urban* w Berlinie przy jego zastósowaniu 33·1% śmiertelności, niepewnością dat tyczących się immunizacyi i wykazaniem niewątpliwie w pewnych przypadkach szkodliwości. To wszystko jest powodem nieufności *sur toute la ligne*, kończy ów korespondent.

— Jednym z bardzo ważnych obowiązków obywatelskich w kraju naszym jest udział w sądach przysięgłych, do jurysdykcyi których należą przestępstwa prasowe i ciężkie zbrodnie. Że do należytego pełnienia obowiązków sędziego przysięgłego potrzeba prócz nieskazitelności charakteru i pewnego stopnia ogólnego wykształcenia, rzecz niewątpliwa i jasna. Z tego też względu można pojąć prawodawcę, że od pełnienia tych obowiązków nie usunął lekarzy, jako mających najwyższe, bo uniwersyteckie wzkształcenie. Nie można również i o tem wątpić, iż sami lekarze uznają swój obowiązek pełnienia czynności sędziego przysięgłego. Inna to atoli rzecz praktyka; w tej mierze nasuwają się nieraz trudności, których usunięcie byłoby rzeczą bardzo pożądaną. Mamy tu na myśli lekarzy praktykujących na prowincyi poza miastami, w których czynnymi są trybunały sądów przysięgłych, tudzież tych lekarzy nawet mieszkających stale w siedzibie sądów właściwych, których praktyka specyalna często nie dozwala opóźnienia w niesieniu pomocy lub których nie ma kto w tej praktyce zastąpić. Tyczy się to przedewszystkiem akuszerów, chirurgów, laryngologów itp., gdyż lubo każdy lekarz praktyczny w każdej gałęzi terapii ma przypadki nagłe, tamci jednak z natury zawodu swego mają tę nagłość na porządku dziennym a jako specyaliści nie łatwo nawet mogą nieraz znaleść zastępców. Ponieważ ustawa o kwalifikacyach na przysięgłych i tak robi pewne wyjątki, sądzimy, iżby podobny wyjątek można także zrobić dla pewnej przynajmniej kategoryi lekarzy praktycznych i dlatego sądzimy, że sprawą tą powinnyby się zająć nasze Towarzystwa lekarskie a przedewszystkiem Izby lekarskie. Od czasu zaprowadzenia w kraju naszym ustawy o sądach przysięgłych podniósł się znacznie poziom umysłowy ludności; uwolnienie przeto pewnej kategoryi lekarzy praktycznych od pełnienia obowiązków sędziów przysięgłych nie uchybi wymiarowi należytemu sprawiedliwości a odda chorym nieraz niepospolite usługi.

— Według wykazów urzędowych było z końcem r. 1893. w Galicyi z W. Księstwem Krakowskiem 856 doktorów medycyny i 179 magistrów chirurgii czyli w porównaniu do roku poprzedzającego więcej o 60 doktorów medycyny a mniej o 3 magistrów chirurgii, co stanowi 5·8% przybytku; akuszerek było 1459, o 41 więcej, niż w r. 1892.

— Wspólne rozporządzenie ministerstw spraw wewnętrznych, skarbu i handlu z dnia 30. Listopada zakazuje ze względów sanitarnych przywozu, wyrobu, sprzedaży i dodawania do napojów wyskokowych tak zwanych esencyj wzmacniających, do których wchodzą ostre przyprawy, jak pieprz, papryka i t. p.

— Jeneralny dyrektor głównego biura statystycznego królestwa włoskiego wypracował mapę rozszerzenia się malaryi w tem państwie, w której 10-ma kolorami oznaczono stopień śmiertelności z rzeczonej choroby według dat statystycznych z lat 1890, 1891, i 1892. W ciągu tych 3 lat umarło na malaryę w całych Włoszech 49407 osób, co odpowiada rocznemu stósunkowi 54 na 100000. Stósunek ten nie jest wszakże w całem państwie jednaki, lecz zmienia się w miarę okolicy i dochodzi nawet do 8‰ czyli 800 na 100000 w stronie południowo-wschodniej Sardynii, południowo-wschodniej Sycylii, w Bazylikacie i około bagien Pontyńskich. W Rzymie śmiertelność z malaryi zmniejszyła się nagle od roku 1881 i gdy w tym roku umarło 650 osób, to w r. 1882. umarło osób 505, w roku 1892. osób 139, a w roku 1893. osób 189.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Krakowie w dniu 7. b. m. Dr. **Antoni Rosenberg**, lekarz praktykujący w Karlsbadzie, przeżywszy lat 76. Zmarły cieszył się ogólnym szacunkiem. — W Warszawie w dniu 11. b. m w 93. roku życia Dr. **Jan Dudrewicz**, członek honorowy Tow. lek. warsz., lekarz wielkiego poświęcenia, nadzwyczajnej uczynności i miłosierdzia dla biednych. — W Władykaukazie w 60. roku życia Dr. **Bronisław Wojnowski-Krüger**, rzeczywisty radca stanu i lekarz okręgu tereckiego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19. Grudnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok przyszły.

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. K. S. w K. List otrzymaliśmy; zawarte w nim życzenia spełnimy, ile możności jak najrychlej. Za życzliwe słowa uznania dziękujemy najuprzejmiej.

Wni Drowie M. A. w N. S. i S. G. w K. Do obowiązków lekarza miejskiego w Banialuce należy miejska służba sanitarna, bezpłatne leczenie ubogich i pełnienie czynności lekarskich w szpitalu miejskim, w razie potrzeby sprawowanie czynności policyi lekarskiej rządowej. Pensya roczna 1000 złr. i speranda dalszych 1800 złr. za pełnienie nadzoru lekarskiego nad prostytucyą, wydawanie orzeczeń, pełnienie obowiązków lekarza w fabryce tytoniu. Za poradę w domu u lekarza należy się 30 centów, za odwiedzenie chorego w dzień 50 ct., w nocy 1 złr.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać się dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, dwuletnią przynajmniej praktyką w jednym ze znaczniejszych szpitali, przyczem pierwszeństwo przyzna się tym, którzy wykażą się dłuższą praktyką w oddziale chirurgicznym. Znajomość jakiegoś języka słowiańskiego bardzo pożądana.

Podania zaopatrzone w metrykę urodzenia i wymagane dowody należy tak wysłać, by 31. b. m. były u władzy miejskiej w Banialuce. Stempel bośniacki na podanie 40 ct., na alegata po 10 ct. lub dołączenie odpowiedniej gotówki.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W mieście Kańczuga powiatu Łańcut jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną płacą 500 złr. w. a. bez mieszkania.

Ubiegający się o tę posadę zechcą się do 1. Stycznia a najdalej do 15. Stycznia 1895 r. u Zwierzchności gminnej pisemnie lub osobiście zgłosić i swe dokumenta przedłożyć.

Kańczuga 3. Grudnia 1894.

164—2—1 *Zwierzchność gminna.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 22. Grudnia 1894 r. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny.
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób wenerycznych i skórnych Doc. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza.

Kazuistyka wrzodów stwardniałych, poza częściami płciowemi postrzeganych i leczonych w oddziale chorób wenerycznych i skórnych od r. 1880.

Napisali
Dr. F. Krzyształowicz i Dr. T. Mayzel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Z dziewięciu wrzodów na sutku, które powstają najczęściej skutkiem karmienia dzieci kiłą zakażonych, wyróżnia się wybitnie etyologią przypadek, w którym u dziewczyny 20-letniej powstają na obu brodawkach wrzody stwardniałe skutkiem pocałunku „kawalera“. Chora do chwili wstąpienia do szpitala nie rodziła a zgłosiła się już z objawami kiły drugorzędnej pod postacią kłykcin w jamie ustnej, na częściach rodnych i około stolca; przebieg nie przedstawiał nic szczególnego.

Z tych wrzodów wymienić by tu szczególniej należało wrzód powyżej brodawki sutkowej prawej u żony propinatora na wsi, która karmiła swe własne dziecko, zakażone kiłą, w sposób nieznany nabytą, jakoteż przypadek zarażenia kobiety wiejskiej, 40 lat liczącej, od dziecka wziętego na wychowanie a chorego „na krosty“, które wkrótce umarło. Wreszcie podobny przypadek u żony wyrobnika 30-letniej, u której powstał wrzód na sutku, nabyty od własnego karmionego przez nią dziecka $1^1/_2$ rocznego, które zaraziła pocałunkiem komornica a zmiany pierwotne u dziecka wystąpiły w ustach. Matka poprzednio zdrowa urodziła czworo zdrowych dzieci a ostatnie, które było przyczyną zakażenia matki, zaraziło się mając przeszło rok życia i było wraz z matką pod obserwacyą lekarską. Oboje zgłosili się już w okresie kiły drugorzędnej tak, że u matki były widoczne jeszcze resztki wrzodu, u dziecka zaś nie można było wykazać zmiany pierwotnej. W tych 3 przypadkach nabyły wrzodów na sutkach osoby, o które chodzi, przez nieświadomość złego, na które się narażały.

Już co do miejsca ciekawość wzbudzające, ciekawsze tem więcej co do etyologii są wrzody w pachwinach powstające. Jednego z nich etyologia niezbyt jasna; chory podaje, że „po zadrapaniu“ powstał wrzód w pachwinie trudno się gojący i trwający kilka tygodni a zgłasza się z objawami kiły wtórorzędnej pod postacią osutki plamistej i kłykcin, po wrzodzie zaś w pachwinie prawej widać skórę o ciemnoczerwonem zabarwieniu na znaczniejszym obszarze a środkiem podłużną bliznę nieregularną. Przypuszczać więc z tego można, że już w chwili drapania się zakażenie być musiało, nie wiadomo tylko na tle jakiej zmiany; prawdopodobnie wystąpiło ono przy spółkowaniu z chorą kobietą, gdyż chory nie wspomina o żadnej zmianie poprzedniej.

Zupełnie niejasną jest etyologia wrzodu, w tem samem miejscu powstałego u młodej, 25-letniej żony faktora, która przybywa z objawami okresu drugorzędnego, w ciąży i u dziecka $1^1/_2$ rocznego służącej, u których na pewno tylko to miejsce należało uważać za siedzibę wrzodu pierwotnego.

Czwarty przypadek za to powstał z ciekawej przyczyny: F. O., mężczyzna lat 24 liczący, wędrowny zegarmistrz z Mogilan, nigdy przedtem nie chorował, obecnie jest chorym od dwu miesięcy. Pierwszym objawem była dymienica w pachwinie lewej, skutkiem chodzenia powstała, mimo której otwarcia jednak chory spółkował z kobietą w drodze spotkaną. Dymienica zagoiła się wkrótce, we dwa tygodnie jednak „rozjadziła się“ na nowo a równocześnie prawie powstał obrzęk prącia. Badanie wykazuje obustronne obrzmienie gruczołów pachwinowych, obrzęk napletka przy ujściu w postaci stulejki, z ujścia jego obfity wypływ ropny a przez górną jego powierzchnię wyczuć można wybitną stwardniałość. Bólu przy oddawaniu moczu, ani parcia na mocz nie ma; w pach-

winie lewej skóra nad powiększonymi gruczołami poruszalna, lekko obrzękła na całym obszarze od prącia aż na 6 cm. w górę w kierunku skośnym, w części górnej zaś, w miejscu byłego pęknięcia znajduje się wrzód podłużny o wybitnych cechach wrzodu stwardniałego; otworu prowadzącego do dawnej dymienicy nie można nigdzie wyśledzić. Na skórze tułowia i kończyn poczynająca się osutka plamista, w jamie ustnej zmian nie ma. Chory przy normalnym zresztą przebiegu kiły i leczeniu rtęcią po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu wychodzi bez objawów kiły.

W tym ostatnim przypadku zwrócić już należy uwagę, że obok wrzodu w pachwinie istnieje i wrzód na prąciu.

Ciekawszymi pod tym samym względem są dwa inne przypadki, z których jeden okazuje dwa wrzody na dwu odległych miejscach i nierównocześnie powstałe; najpierw bowiem pojawia się wrzód na prąciu a w parę dni potem dopiero na wardze dolnej ust. Chory zgłasza się już w okresie wtórorzędnym kiły i z pozostałościami po wrzodach w wyż wymienionych miejscach. Drugi przypadek ciekawszy o tyle, że odznacza się znaczną liczbą wrzodów, na skórze bowiem moszen, wzgórka łonowego i prącia widać cztery wrzody do wielkości czterech centów dochodzące. Wśród leczenia wystąpiła osutka guzkowa i kłykciny sączące w gardle i około stolca; 40 wcierań maści szarej wystarczyło, aby usunąć wszystkie zmiany.

W dalszym ciągu wspomnieć należy o przypadkach kiły występującej u większej liczby ludzi wspólnie ze sobą żyjących czyli o tak zwanej kile rodzinnej *(Familiensyphilis)*. Z takich przypadków godnym uwagi jest jeden, gdzie służąca, której jednak nie obserwowano, zaraża dziecko dwuletnie handlarza kiłą na wardze dolnej ust, to zaś matkę swą na migdałku. Matka z dzieckiem przybywają do szpitala już ze zmianami wtórorzędnemi: dziecko z osutką guzkową, najwięcej na twarzy, obok istniejącego nacieku jeszcze po wrzodzie, matka zaś także z wybitnymi śladami wrzodu na migdałku obok osutki plamisto-guzkowej na tułowiu i kończynach, tudzież osutki złuszczającej się na dłoniach, później wystąpiły także kłykciny na częściach rodnych. Postać kiły w obu tych przypadkach dość złośliwa, podkopująca przytem ogólny stan chorych, gdyż u dziecka sprawiła znaczne wynędznienie a u matki także znaczny upadek odżywienia i sił.

Drugi przypadek kiły w tym rodzaju obejmuje pięciu członków tej samej rodziny, t. j. matkę i cztery jej córki w wieku lat $2^1/_2$, 6, 9 i 16. Matka, żona rolnika a więc mieszkająca na wsi, nabyć miała kiły od sąsiada „zarażonego“. Wywiady podają: zamężna od lat 16-tu, nigdy dotąd nie chorowała, z nikim prócz męża stosunków płciowych nie miała, rodziła 8 razy, (5-te i 6-te dziecko zmarło po kilku tygodniach życia), sześcioro dzieci żyje, wszystkie przychodziły na świat zdrowe. Przed paru miesiącami spostrzegła zmiany na częściach rodnych. Chora z czworgiem swoich dzieci zgłasza się do szpitala już ze zmianami drugorzędnej kiły; u wszystkich wrzodu pierwotnego na pewno wykazać nie można a u dwojga tylko największe podejrzenie co do siedziby mieć można było na migdałkach. Dzieci zachorowały po matce w kilka tygodni, nie w jednym jednak czasie; różnica była zawsze po parę tygodni tak, że ostatnie, którego jeszcze ślad najprawdopodobniejszy na migdałku wykazać można było, zaraziło się w przeszło dwa miesiące po pierwszem dziecku a w cztery po matce. Co do zmian drugorzędnych, to dokładnego obrazu mieć nie można, gdyż chore nie przybywały ze zmianami świeżemi, ale jak n. p. matka ze śladami przebytych kłykcin obok kłykcin świeżych i ta forma u wszystkich przeważała; osutki nie zauważono w żadnym z tych przypadków.

Trzeci przypadek obejmuje cztery osoby od siebie zarażone i to: mamka Anna S., zaraża dziecko izraelickie, to zaś później drugą swą mamkę, Maryę G. i matkę własną. Jedynie wrzód wykazano na pewno na wardze u matki; zresztą nie można było wykazać siedziby wrzodu pierwotnego. Zmiany drugorzędne obserwowano u Anny S. i u dziecka. U mamki wystąpiła osutka guzkowa nader obfita, przytem kłykciny w gardle, na języku i uporczywa chrypka tak, że chora dopiero do 4-ro miesięcznem leczeniu wolna od zmian opuściła szpital. Dziecko przybyło już także bez wrzodu pierwotnego, ale z osutką plamistą, miejscami guzkową i ropniami na głowie i w okolicy brodawki sutkowej.

Ze względu na ważność etyologii podaliśmy dwa przypadki wrzodów na częściach płciowych usadowionych, które również policzyć należy do rodzaju kiły niewinnie nabytej. Pierwszy przypadek tyczy się wrzodu na prąciu u 9-cio miesięcznego chłopca, dziecka handlarza, które kiły dostało przy obrzezaniu. Wrzód pojawił się w czwartym tygodniu życia dziecka a więc w trzy tygodnie po obrzezaniu, które odbywa się w ośm dni po urodzeniu. Matka dziecka, która go karmiła, była zupełnie zdrową, ale dopełniający obrządku miał być chorym (według podania matki) na „zołzy w ustach“ i jeździł do Iwonicza; o większej liczbie przypadków podobnego zarażenia z tego samego źródła otoczenie nie wspomina. Dziecko przybyło ze śladami po wrzodzie w postaci wybitnego stwardnienia w okolicy wędzidełka a prócz znacznie obrzękłych gruczołów pachwinowych zmian nie było; przed dwoma miesiącami jednak miała być obfita osutka guzkowa, leczona poprzednio prywatnie. Dziecko zaraz z początku choroby leczone nie udzieliło kiły nikomu.

Drugi przypadek powyżej przytoczony a wychodzący nieco poza ramy niniejszego sprawozdania, stanowi wrzód wprawdzie na wardze sromnej większej położony, ale z przyczyny, z jakiej powstał, budzący wielki interes. Oto u służącej, 21 lat liczącej, z nietkniętą błoną dziewiczą, znachodzi się wrzód po stronie zewnętrznej wargi sromnej większej, powstały w parę tygodni po kąpieli z towarzyszką, po której chora użyła tej samej bielizny kąpielowej. U chorej towarzyszki wykazano kiłę, wymieniona zaś służąca przybywa do szpitala ze zmianami kiły wtórorzędnej pod postacią osutki guzkowej na skórze i kłykcin sączących na częściach rodnych i w ich sąsiedztwie, obok resztek niezagojonego jeszcze wrzodu na obrzękłej wardze sromnej prawej. W przeciągu 2 miesięcznego pobytu w szpitalu pojawia się nawrót choroby na skórze w postaci kolistych plam tak, że chora dopiero po 12-tu wstrzykiwaniach z *hydrargyrum oxyd. flav.* po 0·04 wychodzi bez zmian do domu. Przed przybyciem do szpitala jednak mieszka u stróżki Maryanny J., lat 38 liczącej, która zaraża, najprawdopodobniej skutkiem używania tych samych naczyń do jedzenia i picia, gdyż pierwszy objaw zakażenia u niej występuje na wardze górnej ust. Wspomniana stróżka zgłasza się w trzy miesiące po służącej, od której choroby nabyła, z wyraźnym jeszcze wrzodem, obfitą osutką plamistą i kłykcinami sączącemi na war-

gach wstydliwych i około stolca. Chora po sześciu tygodniach leczenia ogólnego powraca do domu, po kilku tygodniach jednak przybywa znowu do szpitala z nawrotem choroby w postaci osutki guzkowej, szczególnie na kończynach dolnych i kłykcin sączących na migdałkach, co wszystko ustąpiło wkrótce.

Co do sposobu występowania kiły i jej przebiegu, nie można stanowić pewnych reguł, bo na to składa się mnóstwo czynników, zawisłych tak od samego zarazka i od chorego, jak nie mniej i od okoliczności; w jednakich więc stósunkach powinna i choroba jednako przedstawiać się. Możnaby to wykazać na przypadkach kiły z jednego źródła nabytej a więc n. p. na przypadkach kiły rodzinnej. Niestety nie rozporządzamy takim materyałem, aby wysnuć jakieś stanowcze wnioski, przecież jednak pewne dane do takich wniosków doprowadzić nas mogą.

W pierwszym naszym przypadku kiły rodzinnej, powyżej opisanym, widzimy zmiany bardzo do siebie zbliżone tak u dziecka, jak i u matki z jednego źródła zakażonych. U obu tych osób zakażenie przedstawia charakter więcej złośliwy i u obu wywołuje szybko charłactwo. Mimo więc różnicy tak znacznej wieku, który według doświadczenia wpływa także na przebieg kiły, zmiany ogólne tak są do siebie podobne, że tu stanowczo sam jad bez wpływu pozostać nie mógł.

W drugim przypadku zmiany także wybitnie są do siebie podobne a chodzi tu także o wspólne źródło zakażenia u rodziny razem w jednych stósunkach żyjącej, u dzieci jednej matki, jednakowymi otoczonych wpływami i przedstawiających mniej więcej jednakowe własności fizyczne.

W trzecim wreszcie przypadku mamy do czynienia tylko z tem samem źródłem zakażenia, osoby zaś różnią się od siebie i wiekiem i sposobem życia i własnościami organizmu; mimo to postacie kiły u obu bardzo mało różnią się od siebie.

Już te trzy przypadki dają nam pewne wskazówki, że na objawy kiły wpływają bez zaprzeczenia wiele i siły fizyczne organizmu zakażonego i jego własności usposabiające i otaczające go wszystkie zewnętrzne stósunki, w których żyje, większe jednak jeszcze znaczenie ma sam jad, który całej sprawie chorobowej nadaje pewne wybitne piętno i od którego w pośród innych mniej lub więcej korzystnych stósunków zależy cały przebieg choroby.

W końcu składamy najserdeczniejsze podziękowanie prymaryuszowi oddziału, Wmu Doc. Dr. Zarewiczowi za pozwolenie użycia odpowiedniego materyału i udzielenie światłych rad i wskazówek w pracy niniejszej.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.

(Według wykładu w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

W rozpatrzonej dotychczas grupie pierwszej według naszego podziału przypadków zapalenia otrzewny, cechę najcharakterystyczniejszą stanowiła jawność i wyrazistość ich etyologii. Przedziurawienie ściany któregoś z narządów jamy brzusznej, dające się wykazać wprost lub domniemane na zasadzie rozwijających się objawów ze strony otrzewny, stanowi dla chirurga tę pewną podstawę, na której opiera on swe postępowanie lecznicze. Odmiennie przedstawia się obraz patogenetyczny w drugiej grupie przypadków, gdzie punktem wyjścia zapalenia otrzewny są sprawy chorobowe, odbywające się w narządach brzusznych bez widocznego uszkodzenia całości ich ścian. Prostą i łatwą do zrozumienia jest patogeneza *peritonitis* tam, gdzie zmiany zapalne w otrzewnej stanowią następstwo przejścia *per continuum* sprawy zapalnej od wnętrza narządu. Jeżeli jednakże zapalenie to nie pozostaje miejscowem, ograniczonem do niewielkiej powierzchni otrzewny, odpowiadającej schorzałej części narządu, lecz ogarnia w krótkim czasie całą otrzewną, wybitnie zaznaczając zakaźny swój charakter, to przypuszczać należy, iż do jamy brzusznej przenikają w jakiś sposób czynniki chorobotwórcze, rozwijające swe działanie na odpowiednio już przygotowanym gruncie. Czy to przypuszczenie jest słuszne, na to postaram się odpowiedzieć na podstawie licznych badań, wykonanych w ostatnich latach. Sprawa przechodzenia drobnoustrojów przez ścianę przewodu jelitowego, a to właśnie jest punktem wyjścia zapaleń otrzewny tego rodzaju w ogromnej większości przypadków, ma podwójnie ważne znaczenie, raz ze względu na etyologię i powstawanie cierpienia, powtóre ze względu na zabieg leczniczy, którego wykonanie zależy od natury sprawy chorobowej. W stanie prawidłowym ściana jelitowa stanowi tamę dla drobnoustrojów stanowczo nieprzenikliwą. Czy istnieją stósunki, wśród których te zasadnicze jej własności mogą być zniesione lub przynajmniej ulegać zmianie? na to odpowiedzi różnych badaczów brzmią niezupełnie zgodnie. Zwykłem polem badań w tym względzie były zmiany wywołane przez zaciśnięcie pętli jelitowej, czy to w przepuklinach uwięzłych w przypadkach klinicznych, czy też zaciśnieniach sztucznych w doświadczeniach na zwierzętach. Tworzący się w tych stósunkach wysięk w jamie otrzewny czy też w worku przepuklinowym badano pod względem obecności w nim drobnoustrojów. Pierwsze doniesienia Nepvena[1]) o znalezieniu bakteryj w wodzie przepuklinowej podane zostały w wątpliwość przez badania Friedländera, Garrégo[2]), Rovsinga[3]), jakkolwiek obszerne badania Boeneckena[4]) klinicznie i doświadczalnie potwierdziły przechodzenie drobnoustrojów w pewnych okolicznościach przez ścianę jelitową. Różnice w otrzymanych wynikach są jednak znaczne. Gdy Boenecken we wszystkich ośmiu przypadkach klinicznych wykazał bakterye w wodzie przepuklinowej, Rovsing na pięciu nie znalazł ani razu, Garrè na ośmiu wykrył tylko raz, Ziegler[5]) w przypadkach klinicznych u ludzi nie znalazł ani razu, za to znajdował u psów w uwięźnięciach wywołanych sztucznie. W badaniach swoich, jakie robiłem przed trzema laty w naszej klinice, w połowie badanych przypadków mogłem wykryć w wodzie worka przepuklinowego drobnoustroje w różnej ilości. Oprócz wymie-

[1]) Fortschritte d. Medic. 1883.
[2]) Ibid. 1886. 15.
[3]) Centralblatt f. Chirurgie. 1892. 32.
[4]) Virchows Archiv. 120.
[5]) Loc. cit.

nionych, badania Fraenkla[1]), Waterhousea[2]), Rittera[3]), w najnowszym zaś czasie Tavela i Lanza[4]), Arnda[5]), wreszcie Tietzego[6]), sprawę tę wyjaśniły znacznie. Obecnie pogląd nasz streścić możemy w sposób następujący:

Drobnoustroje mogą przechodzić przez ścianę jelitową zaciśniętej pętli a mówiąc ogólnie, dzieje się to w stósunku prostym do stopnia zaciśnięcia i wywołanych przez nie zmian w tkance tej ściany. Mimoto można znaleść bakterye w wodzie przepuklinowej nawet i w tych przypadkach, gdzie dostrzedz nie można zmian w pętli, którą uważać przeto należy klinicznie za „niepodejrzaną“ (Tietze) lub też niekiedy w obecności lekkich tylko zboczeń w krążeniu (Arnd). Rzecz prosta, nie stanowi to ścisłej zasady, którąby można z matematyczną ścisłością stósować do wszystkich przypadków; niekiedy wyniki badania bakteryologicznego są w niejakiej sprzeczności ze stanem zaciśniętego jelita, wykazując bardzo mało drobnoustrojów przy daleko posuniętych zmianach tkankowych w ścianie jelitowej lub też odwrotnie, dość znaczne ich ilości w uwięźnięciach stósunkowo świeżych. Pewne wskazówki w tym względzie dają nam i fizyczne własności wody przepuklinowej, która w początkowych okresach zupełnie czysta, surowicza, stopniowo mętnieje, ciemnieje i w przypadkach długo trwającego zaciśnienia przemienia się w płyn brudno krwawy i cuchnący. Tą różnorodnością stósunków objaśnić możemy odmienne wyniki badań różnych autorów. Jeżeli obok wymienionych powyżej stósunków zasadniczych, stopnia i trwania zaciśnięcia, zwrócimy uwagę na inne przypadkowe, lecz częstokroć niemniej ważne, jak wielkość zaciśniętej pętli, jej miejsce w stósunku do całego przewodu jelitowego, mniejsza lub większa obecność w niej kału, to zrozumiemy łatwo, że dla ściślejszego określenia stósunku zależności pomiędzy stopniem zakaźności wysięku w otrzewnej a samą sprawą chorobową w jelicie konieczne jest uwzględnienie całej sumy tych czynników współdziałających. W każdym razie dla nas najważniejszem jest stwierdzenie okoliczności, iż w pewnych stósunkach możliwe jest przechodzenie przez nieuszkodzone ściany przewodu jelitowego drobnoustrojów, które dalej w jamie otrzewny mają się rozwijać ze szkodą dla ustroju. Rzecz prosta, owo „nieuszkodzenie“ pojmować należy tylko makroskopowo, gołem okiem, gdy badanie mikroskopowe ściany takiego jelita wykazuje ważne zmiany histologiczne, umożliwiające taką emigracyę drobnoustrojów ku otrzewnej. Sprawa rozpoczyna się, jak to wykazał pierwszy Nicaise a co w ostatnim czasie potwierdziły badania Tietzego, zawsze od wnętrza, od błony śluzowej, której nabłonek ulega obrzmieniu i miejscami złuszczeniu, odsłaniając następne warstwy ściany jelitowej; jednocześnie występują zmiany w naczyniach — rozszerzenie i zakrzepy żył podśluzowych i kreskowych. Wśród tak zmienionych pierwocin czyli elementów komórkowych znaleść można drobnoustroje, dążące od powierzchni błony śluzowej ku zewnątrz na otrzewną.

[1]) Wiener klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 30, 22.
[2]) Virchows Archiv. T. 119.
[3]) Ueber die Durchgängigkeit der Darmwand. 1890.
[4]) Loc. cit.
[5]) Mittheilungen aus Kliniken u. Instit. d. Schweiz. 4. Z. 1893.
[6]) Archiv f. klin. Chir. T. XLIX. s. 111.

Postępowanie lecznicze w tych przypadkach zapalenia otrzewny podwójne ma do spełnienia zadanie: 1° usunąć przyczynę pierwotną, stanowiącą częstokroć już sama przez się niebezpieczeństwo dla chorego, 2° leczyć powstałą w następstwie *peritonitis*. Jeżeli ową pierwotną przyczyną jest niedrożność jelitowa, na jakiemkolwiek tle powstała, to obydwa te wskazania wypełnione być mogą jednocześnie przez zabieg operacyjny — wykonanie laparotomii. Postępowanie to w przypadkach uwięzłej przepukliny nie ulega wątpliwości; co się tyczy niedrożności wewnętrznej, to i tę dziedzinę terapii w ciągu ostatnich lat zajęła dla siebie chirurgia. Odzywające się coraz rzadziej teraz głosy przeciwne kwestyonują już nie tyle potrzebę samej pomocy chirurgicznej, ile czas, w którym winno się ją stósować. Nie będziemy tu obszerniej zastanawiali się nad tą sprawą, gdyż musielibyśmy wkroczyć w obszerny zakres patogenezy i leczenia niedrożności wewnętrznej, odróżniania różnych jej postaci od siebie (*ileus mechanicus* i *ileus functionalis*), ich symptomatologii i wskazań leczniczych, słowem w całą tę ciekawą i nader ważną dziedzinę lecznictwa, w której schodzi się działalność chirurgii i medycyny wewnętrznej a w której nad przeprowadzeniem pomiędzy niemi granicy pracują obecnie umysły badaczów. Sprawa ta cała posunęła się bardzo naprzód dzięki badaniom klinicznym i doświadczalnym Wahla, Schlangego, Kadera, Zoege Manteuffla, Reichela, z najnowszych zaś polskich wspomnimy tu o pracy Obalińskiego[1]), na dużym opartej materyale.

Tak więc w przypadkach zapalenia otrzewny powstałych w następstwie spraw chorobowych przewodu jelitowego, z tych zaś najczęstszą przyczyną bywa zaciśnięcie pętli jelitowej, jedynie racyonalne postępowanie stanowi laparotomia.

Drogą tą usuwamy zboczenie pierwotne, będące przyczyną zapalenia otrzewny i jednocześnie możemy działać leczniczo i na nie. W przypadkach *peritonitis* na skutek uwięźnięcia wewnętrznego czy też przepukliny po laparotomii toaleta jamy brzusznej ważne ma znaczenie. Wysięk zapalny w otrzewnej lub płyn w worku przepuklinowym należy starannie usunąć przez wylanie, wymaczanie wacikiem z gazy sterylizowanej i wypłukanie otrzewny wyjałowionym rozczynem soli czystym, lub z dodaniem według Tavela sody. Niektórzy autorowie, kierując się chęcią jak najdokładniejszego zniszczenia zarazków, polecali oprócz usunięcia wody przepuklinowej jeszcze staranną desinfekcyę uwięzłej pętli za pomocą mocnych rozczynów płynów antyseptycznych. Postępowanie to jest jednakże zupełnie bezcelowe a nawet szkodliwe. Rozczyny antyseptyczne w odpowiedniem stężeniu niewątpliwie mogą zniszczyć drobnoustroje znajdujące się na powierzchni otrzewny; ponieważ jednak dostały się one tu z wnętrza jelita, jednocześnie więc znajduje się pewna ich ilość w warstwach głębszych ściany jelitowej, pod otrzewną. Tam więc działanie antyseptyków ich nie dosięgnie, przeciwnie zaś niszczący wpływ tych płynów na śródbłonek otrzewny, nadzwyczajnie wrażliwej na bodźce tego rodzaju, ułatwi im dostanie się na powierzchnię, otwierając szeroki dostęp do jamy brzusznej.

[1]) O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej (w Pamiętniku Oddz. chir. Szpitala św. Łazarza) Kraków 1893.

W klinice naszej jeszcze przed paru laty, pomimo zarzucenia przepłukiwań antyseptycznych jamy otrzewny, postępowanie to za przykładem Huetera stósowano zawsze w przypadkach przepukliny uwięzłej: pętlę jelitową, wyjętą z worka przepuklinowego przed zapuszczeniem do jamy brzusznej, opłukiwano starannie 5%-ym roztworem karbolu, który zmywano następnie kwasem borowym. Postępowanie takie wówczas dość powszechnie przyjęte, aczkolwiek oparte na jednostronnem pojmowaniu antyseptyki, dziś zarzuciliśmy zupełnie i obecnie nie różni się ono zasadniczo od postępowania w innych przypadkach laparotomii w zapaleniu otrzewny: toaleta brzuszna jest wyłącznie aseptyczna i tylko w przypadkach wybitniejszych zmian w pętli jelitowej lub cuchnącego wysięku w worku stósujemy nieco jodoformu.

W najnowszych czasach, w obecnym okresie gorączki immunizacyjnej w leczeniu spraw zakaźnych robiono usiłowania pod tym względem i w celu uzyskania odporności na zakażenie jelitowe otrzewny: Burci[1]) za pomocą wstrzykiwań jałowych hodowli do otrzewny zdołał uodpornić zwierzęta na takie ilości hodowli *bacterium coli*, jakie w stósunkach zwykłych są śmiertelne, i odporność ta zachowała swą siłę w ciągu kilku miesięcy. Doświadczenia te jednakże nie przechodzą dotychczas po za granice pracowni doświadczalnych.

Jeżeli punktem wyjścia zapalenia otrzewny jest nie przewód jelitowy, lecz który z innych narządów jamy brzusznej, to postępowanie nasze lecznicze w ogólnych zarysach pozostanie takie samo. Tu jednak znajdziemy się w stósunkach o tyle pomyślniejszych, że dłużej zachowywać się możemy wyczekująco i nie spieszyć się z laparotomią. W ogóle, oznaczenie czasu, w którym stósować należy zabieg operacyjny, stanowi obecnie główny kamień niezgody pomiędzy zwolennikami leczenia chirurgicznego a jego przeciwnikami. Niestety, ścisłych danych, jakiegoś ogólnego wzoru, którym możnaby było kierować się we wszystkich przypadkach, niema i być nie może, gdyż czynnikiem rozstrzygającym zawsze tu będzie indywidualność danego przypadku chorobowego. „Operować należy wtedy, kiedy zachodzi potrzeba, ale nigdy później"; humorystyczne to określenie, wypowiedziane w formie żartu przez któregoś z chirurgów francuskich, zawiera jednak dla nas jedną ważną wskazówkę: nie wolno spóźniać się z operacyą. Jeżeli leczeniem chirurgicznem chcemy przynieść pomoc w zapaleniu otrzewny, to pomoc tę winniśmy stósować wczas. Zapewne, wykonanie laparotomii zbyt wcześnie lub tam, gdzie bez niejby się obyło, jest rzeczą niepotrzebną a dla chorego nieobojętną, choć w dzisiejszych stósunkach laparotomii próbnej nie można uważać za operacyę ciężką, ale o ileż cięższym grzechem jest pominięcie jej tam, gdzie mogłaby ona uratować chorego, usuwając radykalnie przyczynę zapalenia i dodając możności ustrojowi dalszej samoobrony. Rzecz prosta, każdy lekarz będzie i musi stósować od początku leczenie wyczekujące a stósować je dopóty, dopóki widzieć będzie jakąkolwiek zeń korzyść dla chorego. Skoro jednakże przekona się o bezowocności swych zabiegów, skoro stan chorego nie zdradza żadnego zwrotu ku lepszemu, to, nie czekając aż wystąpią objawy groźne, winien przezwyciężyć swą „nożofobię", jeżeli ją ma i wezwać do współdziałania chirurga, którego pomoc może stanowić jeszcze ostatnią deskę zbawienia.

Dwie ostatnie grupy, trzecia i czwarta, zapalenia otrzewny, nie przedstawiają z punktu widzenia chirurgicznego wielkiego interesu i o wiele rzadziej stanowią przedmiot zabiegów operacyjnych. W pierwszej z nich, obejmującej przypadki zapalenia otrzewny, zależne od przyczyn tkwiących po za jamą brzuszną, najpierwszem wskazaniem leczniczem jest odnalezienie i usunięcie przyczyny (sprawy zapalne w narządach klatki piersiowej, choroby kręgosłupa, żeber, miednicy i t. p.). Najczęściej wpływa to dobroczynnie na przebieg zapalenia otrzewny, która nie mając w sobie właściwego ogniska zakaźnego, zazwyczaj łatwo daje sobie radę z tym czynnikiem infekcyjnym, pozbawionym już zasilania ze strony źródła pierwotnego. Jeżeli jednakże nasilenie sprawy w otrzewnej jest tak wielkie, że ustrój zwalczyć go sam nie jest w stanie, jeżeli znajduje się wysięk ropny w znacznej ilości, jeżeli przytem zaczynają występować zboczenia ze strony innych narządów jamy brzusznej, to i wtedy pomoc operacyjna, ograniczając się tylko do otwarcia jamy, wypuszczenia wysięku i przepłukania otrzewny, może być zbawienną.

Jeszcze mniej ze względów leczniczych zajmują nas przypadki zapalenia otrzewny, należące do czwartej i ostatniej według naszego podziału kategoryi. Wogóle mówiąc, stanowią one rzadkość. Tu zaliczyć należy te przypadki, w których przyczyny określić nie jesteśmy w stanie, przypadki zapaleń samoistnych, tak zwanych reumatycznych lub też te, które dziś stawiamy w zależności od zakażenia otrzewny drogą naczyń krwionośnych *(haematogene Peritonitiden)*. Przypadki takie, bardzo nieliczne w literaturze, opisali Weichselbaum, Leyden, Renvers. Tu wreszcie odnosi się ciekawa i rzadka postać zapalenia, *peritonitis chylosa*, o ile nie powstaje ona na gruncie gruźliczym. Zapalenie otrzewny tego rodzaju wyjątkowo chyba tylko mogłoby wkroczyć w zakres leczenia operacyjnego. (Dokończenie nastąpi).

III. Dusznica bolesna prawdziwa *(angina pectoris vera)* a tętnice wieńcowe serca.

(Według wykładu w sekcyi medycyny wewnętrznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Podał

Prof. Gluziński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Powaga Conheima sprawiła, że wyniki te zyskały prawo obywatelstwa w nauce, a to tem bardziej, że dawały dostateczną podstawę dla wytłómaczenia przypadków nagłej śmierci wskutek zmiany w tętnicach wieńcowych serca. Nic też dziwnego, że Fränkel na zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie w 1891. r. w referacie swoim o dusznicy bolesnej oparł się na nich, przypisując im aktualne znaczenie. W dyskusyi jednak wystąpił Frey (z Lipska) odmawiając doświadczeniom tym tego znaczenia, jakie im dotąd przypisywano, twierdząc, że serce odkryte, jak w tych doświadczeniach, wystawione na wysuszanie i ochładzanie bardzo łatwo bez podwiązania tętnic wieńcowych popada w tak nieregularną czynność, a z drugiej strony,

[1]) Lo Sperimentale 1894. 7.

że niedokrewność mięśnia sercowego według obecnych doświadczeń fizyologicznych jest zjawiskiem względnie nieszkodliwem, powołując się w tym względzie na prace Wooldridgea i Tigerstedta.

Pojąć łatwo, że gdyby tak było, gdyby doświadczenia Conheima okazały się nieprawdziwe, brakłoby bardzo ważnej podstawy nawet dla wytłómaczenia nagłej śmierci wskutek zmian w tętnicach wieńcowych, bo o objaśnienie napadu samego dusznicy w związku ze zmianami w tętnicach wieńcowych z dotychczasowych doświadczeń nikt się nie kusił.

Sprawa tak zostać nie mogła. Odpowiedzią pośrednią na wywód Freya była praca Bettelheima z pracowni Bascha a bezpośrednią praca Michaelisa z kliniki Leydena.

Pierwszy równocześnie z wystąpieniem Freya ogłosił wynik doświadczeń na psach, które wykonał, zaciskając pień główny tętnicy wieńcowej, by przekonać się, jak zachowują się różne odcinki serca z osobna. Przekonał się, że lewa komórka słabnie, gdy w prawej parcie nie zmienia się a w przedsionku lewym nawet się podnosi czyli, że jest pewien zastój w krążeniu małem; Michaelis zaś powtórzył całe doświadczenie Conheima pod kierunkiem Gada tak na psach jak i królikach i przychodzi do wniosków, że nie jest usprawiedliwioną rzeczą, aby powątpiewać o wynikach Conheima, otrzymanych na psach. Następstwem podwiązania tętnic wieńcowych na sercu psa jest zupełne, nagłe i niepowrotne ustanie ruchów serca.

Frey wobec wyników Michaelisa wystąpił jeszcze raz, zbierając obok poprzednio podniesionych wszystkie dowody, odbierające znaczenie doświadczeniu Conheima i uprawniające go do wypowiedzenia zdania następującego: „O ile wolno wyniki takich doświadczeń przenieść na człowieka, to można z nich wysnuć wniosek, że zboczenia w czynności serca nawet takie, które występują napadowo, mogą pojawić się wskutek rozmaitych przyczyn. Wykazanie zatem zmian w tętnicach wieńcowych nie wystarcza, ażeby za życia spostrzegane objawy na pewne odnieść do nich“.

Tak sprawa stoi dzisiaj. Pozostała znaczna wątpliwość co do wyników, które tak ładnie się składały przynajmniej dla wytłómaczenia nagłej śmierci wskutek zmian w tętnicach wieńcowych serca. Kto jednak wśród tej nauki wzrósł, kto doświadczeniem klinicznem poprzeć je potrafi, tak łatwo popaść nie może w wątpliwość.

Jeszcze z czasów asystentury mojej klinicznej żywo mi jest w pamięci przypadek, który był niejako powtórzeniem w moich oczach na człowieku doświadczeń Conheima. Przypadek ten opisany przez prof. Korczyńskiego w *Przeglądzie lekarskim* 1887 r. pod tytułem: Zator tętnicy wieńcowej serca za życia rozpoznany, tyczył się kobiety w wieku lat 30, leżącej w klinice z rozpoznaniem: *Insufficientia valv. semil. aortae cum stenosi aortae ex endocarditide, aplasia arteriarum. Pleuritis serosa sinistra.*

Sam fakt, o który nam tu chodzi, opisuje prof. Korczyński w ten sposób: „W dniu 20. Czerwca o godzinie $8^3/_4$ z rana zmienił się nagle stan chorej w chwili, gdy odwrócony twarzą od chorej wykładałem przy sąsiedniem łóżku. Chora dotąd spokojnie w łóżku siedząca wydała nagle okrzyk bólu, chwyciła się ręką za okolicę serca i bezwładnie upadła na swe posłanie. Przyszedłszy natychmiast do chorej, spostrzegłem przedewszystkiem, że jest przytomna, że nie oddycha ani częściej, ani bardziej nasilonym sposobem, niż zazwyczaj, że na twarzy nie okazuje ani sinicy ani bladości, tylko niepokój, jaki spostrzega się u chorych w napadzie stenokardyi. Zapytana, co jej się stało, chwyta ręką za okolicę serca i podaje, że nagle doznała gwałtownego bólu w głębi klatki piersiowej. Zadawszy chorej to pytanie, ująłem bezwiednie prawie jej rękę i spostrzegłem, że tętno stało się bardzo rzadkiem, nie tracąc zupełnie na miarowości. Wynosiło ono 40 uderzeń na minutę i co do innych cech przedstawiało się tak, jak zazwyczaj poprzednio“.

Opuszczając dalszy opis zboczeń, na podstawie których prof. Korczyński oparł swe rozpoznanie, dodać winienem, że chora w 8—10 minut przy tętnie, które zwalniało do 24 na minutę, zakończyła życie. Sekcya obok zmian poprzednio przytoczonych wykazała rzeczywiście, jak protokół sekcyjny opiewa: *Embolia recens rami arteriae coronariae cordis sinistrae ad marginem posteriorem ventriculi sinistri.*

Zestawienie tego przypadku tak wspaniale ilustrującego zdanie Conheima z zapatrywaniami Freya i Tigerstedta dały mi pohop do przedsięwzięcia szeregu doświadczeń.

Cel wytknąłem sobie dwojaki:

Z jednej strony przekonać się, kto ma słuszność, Conheim i ci, którzy zapatrywanie jego potwierdzają czy też Frey i ci, na których on się opiera; z drugiej strony, w razie potwierdzenia wyników Conheima, wejrzeć głębiej i zastanowić się, jak należałoby wytłómaczyć sobie zjawiska przy podwiązaniu tętnic wieńcowych spostrzegane, i czy tą drogą nie dałoby się zyskać pewnych danych dla objaśnienia samego napadu dusznicy bolesnej.

Doświadczenia, z których sprawę zdałem na innem miejscu [1]), uprawniają mię stanąć całkiem stanowczo po stronie Conheima i wypowiedzieć zdanie, że podwiązanie tętnic wieńcowych serca jest bardzo niebezpieczne i przebiega tak, jak to przedstawił Cohnheim z tym dodatkiem, że główne pnie nie są jednakiego znaczenia, jak to chce Cohnheim, bo podwiązanie n. p. *r. circumflexus* jest daleko niebezpieczniejsze, niż podwiązanie *r. descendens.* Doświadczenia te dalej pouczyły mię, że podwiązanie głównych pni tętnic wieńcowych serca obniża czynność ośrodków nerwowych, przynajmniej hamujących serca, że więc nie w nich należy szukać źródła dla wytłómaczenia pewnych objawów przy podwiązaniu tętnic wieńcowych serca, n. p. zwolnienia ruchu serca, który ma dla nas z tego powodu szczególne znaczenie, że go stwierdzamy w tych okolicznościach u ludzi (przypadek opisany i wiele innych w literaturze). — Przyczyny tego objawu według moich doświadczeń, biorąc analogią z zachowania się innego mięśnia prążkowanego n. p. *gastrocnemius*, pozbawionego nagle dopływu krwi, upatrywać należałoby w zachowaniu się samego mięśnia sercowego, w obniżeniu jego pobudliwości wynikłej ze zmian odżywczych, jakie występują wskutek nagłego przerwania prądu krwi.

Zwrócenie to uwagi na zachowanie się mięśnia sercowego, wykazanie najprawdopodobniejszej przyczyny zwolnienia ruchów serca w tych razach w obniżeniu pobudliwości mięśnia sercowego i to z przyczyny zboczeń odżywczych,

[1]) Rozpr. Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krak. T. XXIX.

obok teoretycznego znaczenia może mieć i praktyczne zastósowanie dla nas, zwłaszcza dla rokowania napadu *anginae pectoris coronariae.*

Daleko więcej możemy się obawiać dla chorego napadu, wykazawszy podczas niego zwolnienie tętna, bo świadczyć to będzie, że zboczenia w naczyniach serca są poważniejsze, jeżeli pobudliwość mięśnia sercowego opadła, aniżeli, jeżeli tętno znajdziemy co do liczby nie zmienione. Nic nam bowiem nie stoi na przeszkodzie, aby wobec obserwacyi klinicznej, poparcia ze strony anatomo-patologicznej nie przenieść na człowieka rezultatów zdobytych doświadczeniem na zwierzęciu, aby nie powiedzieć, że zmiany patologiczne w tętnicach wieńcowych nie dopuszczające przepływu krwi, są analogiczne w skutkach z zaciśnięciem tętnic u zwierzęcia, uwzględniając oczywiście różnice gatunkowe, rozmaite stósunki, mogące wpłynąć na przebieg, jak zmiany patologiczne w mięśniu sercowym, powolne wytwarzanie się zmiany i t. d., czego wszystkiego naturalnie na zwierzęciu naśladować nie podobna.

Klinicznie, jak wiemy ze zmianami temi, anatomiczno-patologicznemi w tętnicach wieńcowych serca wiążemy napadowo występujący zbiór objawów, który nazywamy dusznicą bolesną (*angina pectoris*) prawdziwą. Na początku wspomniałem o rozmaitych teoryach, mających nam wytłómaczyć istotę tego napadu, teoryach, które jednak wystarczyć nie mogą. Na podstawie doświadczeń moich zwrócić uwagę naszą muszą zmiany funkcyi mięśnia sercowego i pewna analogia w skutkach między zachowaniem się mięśnia, n. p. *gastrocnemius* po wstrzymaniu dopływu krwi a mięśnia sercowego w tych stósunkach i zobaczmy, czy na tej podstawie nie dałaby się utworzyć teorya napadu *anginae pectoris*. Gdyby takiej myśli nie było, musiałbym ją podjąć teraz.

W r. 1870. Potain podał teoryę *ischaemiae myocardii*, biorąc porównanie z objawów, jakie występują n. p. na kończynie dolnej, jeżeli w tętnicy udowej lub jej rozgałęzieniach mamy zmiany powstrzymujące tą drogą dopływ krwi należyty (zakrzep *art iliacae*, zmiany sklerotyczne w zgorzeli wiekowej, choroba Raynauda). Objawy te opisał Charcot nazywając je: *claudication intermittente par obliteration arterielle.* Objawy te znane nam są z własnego doświadczenia. Ludzie dotknięci tą zmianą w spokoju mogą niedoznawać żadnych zboczeń; jeżeli jednak wykonają trochę forsowniejszy ruch kończyną, występują u nich napady szalonego bólu w tej kończynie, do czego się przyłącza ochładzanie kończyny, kurczowe ściąganie mięśni i osłabienie ruchów. W spokoju krążenie oboczne jeszcze wystarczało, dopiero gdy mięśnie wykonały większą pracę a do niej zapotrzebowały większego dopływu krwi, wtedy wystąpiły objawy, jakie występują przy zupełnem powstrzymaniu krążenia w kończynie, t. j. głównie ból a następnie osłabienie ruchowe.

Podobnie dzieje się z sercem, które mimo zmian n. p. sklerotycznych w tętnicach zwężających znacznie ich światło w spokoju nie daje objawów, ale niech zajdzie potrzeba dla tego serca większej pracy a krążenie w niem może okazać się niedostatecznem i powstać *ischaemia myocardii* ze swoim pierwszym objawem, t. j. bólem, a będzie to krążenie zupełnie przerwane na odpowiednim obszarze i na odpowiedni czas, to do bólu przyłączą się objawy dalsze, zwłaszcza osłabienie motoryczne serca w sposób znany z kliniki, a których objaśnienie starałem się dać na podstawie doświadczalnej. *Ischaemia myocardii* to podstawa i przyczyna napadu dusznicy bolesnej, a pojąć łatwo, jeżeli sprawę tak postawimy, że niekoniecznie zboczenia anatomiczne w samych ścianach naczyń wieńcowych, lecz i inne zboczenia w narządzie krążenia, które przyczynią się do *ischaemii myocardii*, jak n. p. *stenosis aortae et insuficientia valv. semil. aortae* napad wywołać mogą, a one mogą one być tem częstsze i gwałtowniejsze, jeżeli równocześnie mamy zmiany w tętnicach wieńcowych.

IV.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Ze względu na donioslość sprawy upraszam o umieszczenie w łamach *Przeglądu lekarskiego* kilku uwag, jako odpowiedzi na artykuł prof. Bujwida umieszczony w Nrze 49. pod tytułem: Badanie mleka na rynku krakowskim pod względem obecności bakteryj w ogóle a bakteryj gruźliczych w szczególności. Na podstawie wyników badań, na bardzo wielkim materyale bydlęcym w szkołach weterynarskich, jak w Berlinie, Curham, Dreznie, Kazanie, Kopenhadze, Lugdunie, Sztutgarcie, Utrechcie z wyjątkiem Alfortville, jakoteż opierając się na własnych badaniach w oborze szkoły czernichowskiej, ogłoszonych w *Monatschrift für Thierheilkunde* w r. 1892. Nr. 7, nie mogę zgodzić się z zapatrywaniem prof. Bujwida, jakoby tuberkulina była doskonałym środkiem rozpoznawczym w gruźlicy bydlęcej; występuje bowiem po zaaplikowaniu tego środka także reakcya *(hyperthermia)* często u bydła zupełnie zdrowego (Siedamgrotzky, Johne), przynajmniej u 6%, oraz u zwierząt niegruźliczych, lecz dotkniętych n. p. rozedmą płuc, ropniami w płucach lub wątrobie, motylicą, bąblowcami, promienicą, zapaleniem śródsierdzia urazowem, jakoteż i zapaleniem wymienia. Również występowała reakcya w marskości wątroby (*cirrhosis hepatis)* i leukocytemii, jak wykazał Nocard, który zresztą jest zwolennikiem tuberkuliny. Lecz, co gorsza, nie występuje często reakcya u bydląt w wysokim stopniu gruźliczych (Bang, Johne, Lydtin). O korzystnych wynikach, jakie miał otrzymać prof. Bujwid w swoich doświadczeniach, nie mogę sądzić, bo nie zdołałem nigdzie odszukać odnoszących się do tego publikacyj; powszechnie wiadomo jednak wszystkim zajmującym się gruźlicą bydlęcą, że w obec niepewnych wyników, otrzymywanych za pomocą fizycznego badania a tem więcej za pomocą tuberkuliny, z wyjątkiem sekcyi podejrzanego zwierzęcia, jedynym, najlepszym środkiem rozpoznawczym jest wszczepianie śródotrzewnowe a nie podskórne mleka podejrzanego morskim świnkom a nigdy królikom. (Arloing, Verneuil, Bollinger, Ernst, Feser i Friedberger). Zwierzęta te bowiem są na jad gruźliczy tak wrażliwe, że już w 10—12 dni po injekcyi występuje u nich ogólna gruźlica prosówkowa ze wszystkiemi, anatomicznemi i mikroskopowemi cechami, jeżeli mleko zawierało, chociażby nadzwyczaj małe ilości prątków gruźliczych. Przypuszczam zatem, że gdyby prof. Bujwid przeprowadził był w ten sposób doświadczenia z mlekiem krakowskiem, prawdopodobnie otrzymałby był inne wyniki, aniżeli te, które ogłosił.

Wracając jeszcze do tuberkuliny, dodać muszę, iż szczepienie tym środkiem przedstawia w praktyce wielkie trudności techniczne w połączeniu z bardzo znacznymi kosztami, które ze względu na wielce wątpliwej wartości wynik, nie pozostają w żadnym stósunku do pracy i nakładu. Chcąc bowiem n. p. 40 sztuk bydła zbadać, potrzeba do tej czynności najmniej 10 inteligentnych pomocników do mierzenia ciepłoty, oznaczania liczby tętna i oddechów, oprócz tego trzeba zakupić odpowiednią liczbę termometrów i stósowną ilość tuberkuliny, 0·50 na sztukę po 1 złr. 80 ct. czyli za 36 złr. Ażeby badanie było ścisłe, należy na dwa dni przed szczepieniem oznaczyć ciepłotę ranną, południową i wieczorną, tem więcej, że ciepłota u bydła nie jest tak stała, jak n. p. u konia. Jedne bowiem zwierzęta okazują rano 38·5°, wieczór 39° C., inne zaś rano okazują już nawet 39° C. a wieczór 39·5° C. Po zaszczepieniu należy przez 24 godz. oznaczać ciepłotę, tętno i liczbę oddechów co dwie godziny celem wyśledzenia hipertermii, która zwykła występować w 15 godzin. Ponieważ oznaczanie ciepłoty odbywa się za pomocą ciepłomierza, wprowadzanego do odbytu lub pochwy, przeto bydlęta szczególnie wrażliwe lub złośliwe stawiają opór, przyczem siebie termometrem lub badającego uszkodzić (kopnąć) mogą. Z tych więc powodów badania dotychczas przeprowadzano zwykle tylko w wielkich zakładach naukowych, przy pomocy materyalnej rządu, jak n. p. w Prusach a fizycznej studentów.

Również nie podzielam zdania prof. Bujwida ani ja ani inni, jakoby gruźlica bydlęca udzielała się drugim zwierzętom przez zetknięcie. Wiadomo bowiem, że gruźlica jako choroba zaraźliwa wewnętrzna przenosi się na inne zwierzęta bądź przez wetchnięcie zarazka, wydechniętego z chorych płuc lub z rozpylonych zaschłych plwocin, bądź też bardzo często za pośrednictwem przewodu pokarmowego przez spożycie plwocin lub, jak bywa najczęściej, mleka zawierającego prątki gruźlicze. Oprócz tego nastaje zakażenie płodu w łonie matki gruźliczej, t. zw. zakażenie łożyskowe lub też za pośrednictwem nasienia, jeżeli stadnik, jak to na nieszczęście bywa nie rzadko, dotknięty jest gruźlicą jąder, t. zw. zakażenie przez nasienie, czyli germinatywne.

Na zarzut, iż dotychczas w sprawie gruźlicy u nas nic nie robiono i aż dopiero prof. Bujwid musiał nam zwrócić uwagę, oświadczam, iż prof. B. się myli; kwestya gruźlicy bowiem zajmowała nas tak dobrze a może i więcej, aniżeli za granicą. Pomijając pracę wyczerpującą prof. Seifmana z podaniem środków zaradczych, drukowaną w *Przeglądzie weterynarskim* w r. 1888, oraz krytyczną publikacyę w tymże dzienniku prof. Królikowskiego o wartości tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego w gruźlicy bydlęcej oraz moje publikowane doświadczenia z tuberkuliną, dokonane w oborze czernichowskiej, zwracam uwagę, że na mój wniosek na V-tym zjeździe lek. i przyrod. polskich wypracowano projekt do ustawy przeciw gruźlicy, który na VI. zjeździe lek. i przyrod. przyjęto a następnie władzom państwowym przedłożono. Rząd wraz z Wydziałem krajowym jako początek wydał w r. 1888. ustawę, ograniczającą w wysokim stopniu sprzedaż mięsa gruźliczego. Obecnie zajmują się tą sprawą Rada państwa, Wydział krajowy i tutejsze Towarzystwo rolnicze oraz hodowcy, dążąc nie do szczepienia tuberkuliną, lecz do wliczenia gruźlicy do chorób stadnych, objętych ustawą z r. 1880. z zamiarem tępienia, t. j. wybijania bydła gruźliczego notorycznie jak i podejrzanego, podobnie, jak przy księgosuszu i zarazie płucnej, które dzięki wymienionej ustawie prawie w zupełności opanować nam się udało. Z uwagi jednak, że wytępienie kilkudziesięciu a może nawet, wobec bardzo znacznego rozpowszechnienia się gruźlicy między bydłem, kilkukroć stotysięcy zwierząt w wartości wielu a wielu milionów, stanowiłoby w razie niewynagrodzenia szkody ruinę kilku tysięcy rodzin, wynagrodzenie zaś zupełne za wybite bydło przechodzi możność kraju a nawet państwa, przeto sprawy tak ważnej nie można załatwić dorywczo. Z tych też powodów ani w Austryi, ani w Niemczech, ani we Francyi nie zdołano jeszcze dotąd uporać się z gruźlicą. *Prof. Dr. A. Walentowicz.*

V. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

Bogdanik: O leczeniu operacyjnem wypadłej odbytnicy.

Autor rozbierając kolejno dotychczas używane sposoby krwawego leczenia wypadłej odbytnicy, roztrząsa ich zalety i strony niekorzystne a wykazawszy, że pomiędzy temi operacyami najwięcej się nadaje resekcya odbytnicy, opisuje przypadki przez siebie operowane. Resekcyę wykonał on według sposobu podanego przez Mikulicza a znanego czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* z prac Górskiego i autora (rok 1887. Nr. 9. i 1889. Nr. 44). Na podstawie własnego doświadczenia twierdzi autor, iż resekcya nie przedstawia większych trudności technicznych i że blizna pooperacyjna dostatecznie zwęża światło kiszki, iż recydywa zdaje się nie możebną. Tylko Nélaton opisuje przypadek, w którym Perier w Czerwcu r. 1888. wykonał resekcyę i już w dniu 25. Lipca tegoż roku przedarła się młoda blizna poza ujściem stolcowem i tędy wypadła pętla jelita na 25 cm. długa.

Bogdanik doznał przeciwnie w jednym przypadku, iż blizna pooperacyjna po upływie roku tak silnie zwęziła światło kiszki, iż nawet najcieńszy zgłębnik elastyczny do odbytnicy wsunąć się nie dał i nastąpiła całkowita niedrożność przewodu pokarmowego. To skłoniło autora, iż obmyślił nowy sposób operacyjny, chociaż się przekonał, iż we wspomnianym przypadku do niedrożności przyczyniła się dyeta nieodpowiednia; znalazł bowiem w kiszce nagromadzone ciała obce jako to: pestki ze śliwek, łupiny jaj i ziemniaków, kawałeczki korka i t. d. Nowy ten sposób operacyjny polega na przyszyciu kiszki do otrzewny ściennej. Operacyę wykonywa się w następujący sposób: Cięcie brzuszne po stronie lewej wzdłuż więzu Pouparta. Po otwarciu jamy otrzewnowej uwolnienie wgłobienia i przyszycie kilku szwami otrzewny kiszki wypadłej do otrzewny ściennej, wreszcie zaszycie typowe rany po cięciu brzusznem. Operacya ta zdaniem autora nie sprawia ani znaczniejszych trudności technicznych, ani też nie naraża chorego na większe niebezpieczeństwo wobec rozwiniętej antyseptyki i aseptyki. B. uważa jednak wszelki zabieg krwawy jedynie w tych przypadkach za usprawiedliwiony, w których nie wystarczają inne sposoby lecznicze. Przeciwwskazaniem do przyszycia kiszki zdaniem autora są jedynie przypadki wypadnięcia, w których pomiędzy ścianami wypadłej kiszki powstały zrosty.

Operacyę tę wykonał B. w Maju b. r. na dziewczynce półtrzecia roku liczącej. Wypadnięcie na 8 cm. długiego kawałka. Wypadła kiszka pokryta owrzodzeniami i wydzieliną śluzowo ropiastą dała się łatwo odprowadzić, z powodu jednakże zwątlenia zwieracza i parcia natychmiast wypada. Dziecię niedokrewne, źle odżywione krzyczy dniami i nocami z powodu bólów i nie może ani siedzieć ani leżeć. W dniu 10. Maja r. b. przystąpiono do operacyi po odpowiedniem przygotowaniu, polegającem na tem, iż dniem

przedtem dziecię skąpano i przeczyszczono a przed operacyą dano również kąpiel i kropelkę nalewki makowca (*tinctura opii*). W narkozie chloroformowej poprowadzono cięcie przez lewy dół biodrowy nieco skośnie z góry na dół i ku wewnętrznej stronie. Przeciąwszy wszystkie warstwy powłoki brzusznej wszedł B. palcami do jamy otrzewnowej a uchwyciwszy kiszkę zstępującą jak najniżej, pociągnął ją ku górze, poczem po użyciu stosunkowo małej siły dała się wciągnąć do jamy otrzewnowej. Następnie ustalił asystent kiszkę, pociągając ją lekko ku grzebieniowi kości biodrowej a B. przyszył ścianę kiszki do otrzewny ściennej po stronie lewej, szyjąc od dołu do góry katgutem karbolowym a następnie od góry na dół po prawej stronie aż dotarto do miejsca w dolnym kącie rany, od którego rozpoczęto przyczepianie kiszki do otrzewny. Tym sposobem kiszka całkowicie zaparła wejście do jamy otrzewnowej; przy szyciu zaś uważano na to, aby igłą nie przebić całej grubości ściany kiszki. Ranę w ścianie brzusznej zaszyto szwem piętrowym. Operacya i opatrzenie aseptyczne; tylko na ujście stolcowe przyłożono zwitek gazy jodoformowej. Wewnętrznie podano kropelkę nalewki makowca i dyetę płynną. Przebieg pooperacyjny był zadowalniającym, lecz dnia 19. Maja wydzieliła się z dolnego odcinka rany cuchnąca ropa a 5. Czerwca musiano przeciąć ropień na wzgórku łonowym. Dziecię opuściło szpital całkiem wyleczone 10. Czerwca.

Zdaniem autora operacya ta nie nastręcza większych trudności, ani nie naraża na większe niebezpieczeństwa, aniżeli resekcya kiszki; odnosimy zaś tę korzyść, iż nie skracamy wcale przewodu pokarmowego a blizna wytworzona powinna wystarczać dla zapobieżenia dalszemu wypadnięciu. W końcu rozprawki zaś zadaje sobie B. pytanie, czy po tej operacyi da się uniknąć ropienia w okolicy rany; tutaj bowiem obok przyczyn zależnych od samej operacyi, t. j. unikanie zanieczyszczenia pola operacyjnego palcami, narzędziami i t. d. i z tem się liczyć musimy, że mamy do czynienia ze schorzałą kiszką. Ściana jej jest zawsze zgrubiałą a błona śluzowa okazuje nadżerki i owrzodzenia, nie trudno zatem o zakażenie rany. Tem snadniej ono nastąpić może, gdyby podczas przyszycia kiszki do otrzewny przebiło się igłą całą grubość ściany kiszki. A b y t e g o u n i k n ą ć, n a l e ż y u w a ż a ć, ż e b y i g ł ą n i e p r z e b i ć c a ł e j g r u b o ś c i ś c i a n y k i s z k i. Jednakże i przez nieuszkodzoną ścianę kiszki substancye zakaźne dostawać się mogą, jak to codziennie widzimy przy ropniach w sąsiedztwie przewodu pokarmowego. Dla tego też radzi autor wprowadzać czopki jodoformowe przez ujście stolcowe do odbytnicy codziennie po operacyi.

Pomysł B., aby od strony otrzewny dostawać się do kiszki wypadłej, różni się od dotychczasowych zabiegów krwawych, w których właśnie unikano starannie otrzewny i zasługuje na uwagę. Rozprawkę kończy wyciąg z literatury. *Przegląd chirurgiczny*. Tom II. Z. I. *B.*

Farmakologia.

B é l a S z a l a y (w Budapeszcie): **Wodobromek skopolaminy** *(scopolaminum hydrobromicum)* **u obłąkanych.**

W ostatnim czasie wprowadzono do terapii nowy środek rozszerzający źrenicę, *scopolaminum hydrobromicum*. Otrzymał je pierwszy Schmidt z korzenia rośliny *scopolia atropoides*; według niego jest połączenie powyższe blisko spokrewnionem z atropiną i hioscyną. Próbowano nowego środka jako leku uspakajającego w podnieceniu u umysłowo chorych i jako nasennego a to ze skutkiem dosyć dobrym. Według Ernesta działa 0·25—0·6 miligr. podskórnie wstrzyknięte często, miligram prawie zawsze uspakajająco i usypiająco. Wobec tego stósował Szalay, lekarz pomocniczy w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Budapeszcie, środek ten u 39 obłąkanych niewiast. Pod względem sposobu działania porównać można nowy ten lek z hioscyną i duboazyną; wszystkim tym trzem środkom wspólne są: rozszerzenie źrenicy, porażenie dróg motorycznych i w pewnej mierze także działanie usypiające. Najmniej działa nasennie skopolamina; chloralu, morfiny, sulfonalu i t. p. nie może ona wcale zastąpić a hioscynę i duboazynę tylko w sposób niedostateczny.

Z doświadczeń swych wysnuwa Szalay następujące wnioski: 1) *Scopolaminum hydrobromicum* nie nadaje się jako lek nasenny. 2) Jako lek kojący skutkuje ono w każdym przypadku. 3) Nieprzyjemnych działań ubocznych nie spostrzeżono. 4) Średnia dawka do wstrzykiwania jest 1·6—2·0 miligramów. 5) U chorych, u których hioscyny i duboazyny z powodu przyzwyczajenia się lub innych przyczyn nie można zadawać, jest wodobromek skopolaminy dobrym środkiem zastępującym te alkaloidy. *(Gyógyászat.* 1894. Nr. 7).

Dr. Bf.

Choroby nerwowe.

B é l a N a g y (w Budapeszcie): **O działaniu hioscyny w napadzie histeroepileptycznym.**

W klinice psychiatrycznej budapeszteńskiej używają od wielu lat hioscyny z dobrym skutkiem. Celem dokładnego zbadania działania tego leku wybrał Nagy, asystent tejże kliniki, 5 kobiet dotkniętych histeroepilepsyą, u których napady drgawek powtarzały się dosyć często i w znacznym stopniu. Środek ten wstrzykiwano podskórnie jako *hyoscinum muriaticum*. Ponieważ doświadczenia tyczyły się kobiet histeroepileptycznych, postanowił N. rozstrzygnąć, czy ten korzystny wpływ nie następuje przez poddawanie czyli sugestyę. Pod tym względem przekonał się N. za pomocą odpowiednich doświadczeń, że hioscyna jest rzeczywistym środkiem przeciwkurczowym i nasennym i że o działaniu sugestyjnem mowy być nie może. Rezultat doświadczeń swoich zestawia Nagy w następujących wnioskach:

1) Hioscyna przerywa napad zarówno dopiero powstający, jakoteż i już rozwinięty. 2) W największej liczbie przypadków sprowadza ona sen. 3) Działanie jej następuje po 5—20 minutach. 4) Miligram wystarcza średnio do skutku. 5) Wyższego stopnia objawy zatrucia nie występują po takiej dawce. 6) Nawet w razie dłuższego używania nie znika działanie hioscyny. *(Orvosi hetilap.* 1893. Nr. 41). *Dr. Bf.*

Zapiski terapeutyczne.

— Z i e m s s e n (w Monachium): O n i e k t ó r y c h n o w s z y c h l e k a c h i s p o s o b a c h l e c z n i c z y c h. Ponieważ klinicy w pierwszym rzędzie mają obowiązek badania nowych leków pod względem ich skuteczności i przydatności, przeto autor zdaje pokrótce sprawę ze swoich w tej mierze doświadczeń.

L a k t o f e n i n a, przetwór pod względem chemicznym i terapeutycznym do fenacetyny najbardziej zbliżony, działa równie, jak ona antynewralgicznie i antypiretycznie a ma się różnić od niej tem, że według Jakscha, Jacqueta i innych wytwarza uczucie euforyi, coby mu nadawało szczególniejsze znaczenie w chorobach gorączkowych z objawami podniecenia, uczuciem niedogody, bezsennością, n. p. w durze brzusznym tudzież w newralgiach gośćcowych i w migrenie. Laktofeninę zadaje się w tej samej ilości, co i fenacetynę.

F e r r a t y n a jest to białkan żelaza przez Schmiedeberga z wątroby wieprzowej otrzymany a obecnie fabrycznie wyrabiany. Znaczenie fizyologiczne połączenia białka z żelazem uprawnia do nadziei, że będzie to przetwór pod względem terapeutycznym nadzwyczaj przydatny tembardziej, iż w proszku nie ma wcale smaku nieprzyjemngo. Z doświadczeń bardzo ścisłych Gerulanosa w klinice autora wypada, iż ferratyna jest bardzo dobrym i nader łatwo strawnym przetworem żelezistym, pod względem terapeutycznym wszakże, przynajmniej zadawana w ilości zaleconej przez Schmiedeberga (po 0·50—1·00), nie może mierzyć się ze skutecznością w błednicy (*chlorosis*) wielkich dawek żelaza, jak je zaleca autor, co tłómaczy się znaczna różnica ilości żelaza w ferratynie i pigułkach Blauda, podawanych w wielkiej liczbie. Można się też spodziewać, iż ferratyna zadawana

w bardzo wielkich dawkach będzie działać równie skutecznie, jak pigułki Blauda i płynny roczyn białkanu żelaza według Dreesa, ale zastósowaniu ferratyny w ten sposób stoi na zawadzie wysoka jej cena.

Wiadomo, iż *tinctura strophanti* jestto podobnie jak *tinctura digitalis*, którą by autor z największą chęcią usunął ze spisu leków, przetwór niestały, ztąd działający niejednostajnie a nieraz nawet wywołujący wymioty. Otóż zdaje się, iż *tinctura strophanti* da się bardzo dobrze zastąpić strofantyną, która nie działa zbiorowo, jak naparstnica. Autor zadaje dorosłym dwa razy dziennie po miligramie.

Z uwagi, że kwas salicylowy, najczęściej, jak wiadomo, w postaci salicylanu sodowego stósowany, ma smak bardzo przykry i ztąd nieraz natrafia na opór ze strony chorych, zaleca autor podawanie salicylanu sodowego w lawatywach (2 do 3 gramów na 15 do 20 gramów wody). Wessanie następuje prawie tak rychło i tak zupełnie jak przez żołądek a unika się nieprzyjemnego smaku i nudności.

Zdaniem autora prostnica (*rectum*) nadaje się do zadawania wielu leków o smaku bardzo nieprzyjemnym, jak n. p. cebulica *(scilla)*.

Podobnie zaleca autor używanie kwasu salicylowego w postaci maści, do czego nadaje się bardzo dobrze przepis:

151) Rp. *Acidi salicylici*
Olei terebinthinae rectif.
$\widehat{aa}$ *10·00*
Lanolini *30·00*
Ungti paraffini *50·00*

Że kwas salicylowy w ten sposób na skórę użyty przechodzi przez nią, dowód najlepszy w tem, iż już w $1/2$ godziny po wtarciu maści okazuje się w moczu kwas salicylurowy. Terpentyna ułatwia wessanie, nie jest jednak koniecznie potrzebna.

Pod względem odżywiania chorych zwraca autor uwagę na dwa przetwory, na aleuronat czyli pewien rodzaj białka roślinnego, którego skład chemiczny i wyrób jest dotychczas tajemnicą, nadający się bardzo dobrze dla cierpiących na moczówkę cukrową, łatwy do podawania w formie chleba lub biszkoptów i na sok wyciśnięty ze świeżego mięsa daleko lepszy od sprowadzanych przetworów zamorskich z mięsa a dający się łatwo zrobić w każdej aptece. Pacyentom, którym smak soku mięsnego jest wstrętny, zaleca autor przetwór ten w formie lodów przez dodanie koniaku, cukru i wanilii w ten sposób, iż poleca aptekarzowi zrobienie ze świeżego mięsa soku, który przesyła cukiernikowi do przerobienia na lody.

W ten sposób można chorym n. p. na dur brzuszny wprowadzić z łatwością do żołądka dziennie i 200 gramów soku mięsnego, co też autor zaleca gorąco bardzo na podstawie własnego doświadczenia. *(Münchener med. Wchschft.* 11. Grudnia 1894).

— O. Leichtenstern: O obrzęku śluzakowym i leczeniu otyłości substancyą gruczołu tarczykowego. Kobieta 65-letnia, cierpiąca od kilku lat na obrzęk śluzakowy ze wszystkiemi charakterystycznemi przypadami, dostawała dziennie po 1 do 2 pastylek t. zw. *Thyroid gland Tabloids* od firmy Burrougks-Wellcome w Londynie i wyzdrowiała po kilku tygodniach zupełnie, przyczem ciężar ciała w przeciągu 6 tygodni zeszedł z 76·3 na 68·0 kilogramów a ilość moczu w pierwszym tygodniu tego leczenia powiększyła się bardzo znacznie.

To znaczne zmniejszenie się ciężaru ciała w obrzęku śluzakowym po zadawaniu substancyi gruczołu tarczykowego czyli zanik wodą przesiąkłej tkanki tłuszczowej obok powiększenia się znacznego ilości moczu, naprowadziły autora na pytanie, czy też i prawdziwy tłuszcz u otyłych zanika podobnie, jak w obrzęku śluzakowym po zadaniu substancyi gruczołu tarczykowego.

Odpowiedź dało doświadczenie; jakoż u 24 otyłych z ogólnej liczby 27 poddanych leczeniu przez zadawanie wewnętrznie przerzeczonych pastylek ze substancyą gruczołu tarczykowego, zatem u 89% ciężar ciała zmniejszył się niewątpliwie a zmniejszenie to wynosiło od 1 do 5 kilogramów w pierwszym tygodniu, od 1·5 do 9·5 kilogr. w czasie całego leczenia kilkutygodniowego, ilość zaś moczu wydzielanego dziennie dochodziła w niektórych przypadkach do 6 litrów.

Ta utrata ciężaru ciała zupełnie podobnie, jak i w leczeniu otyłości za pomocą stósownej dyety, jest największa w pierwszym tygodniu a maleje później mimo dalszego zażywania substancyi gruczołu tarczykowego tak, iż można powiedzieć, że w pierwszych tygodniach ustrój leczony pozbywa się łatwo jakoby luźnie w nim tkwiących tłuszczów i wody, broni zaś reszty tych swych składników.

Do swych doświadczeń terapeutycznych używał autor wyłącznie wymienionego przetworu angielskiego, przyczem pamiętać należy, iż chorzy pod żadnym względem nie zmieniali swego zwykłego sposobu życia.

Co się tyczy nieprzyjemnych skutków ubocznych zażywania substancyi gruczołu tarczykowego, tych można przy uwadze, mianowicie baczeniu na serce i mocz uniknąć bardzo łatwo tembardziej, iż gdyby one nawet się pojawiły, ustępują natychmiast po zaprzestaniu zażywania. Autor obserwował ból głowy, bezsenność, uczucie znużenia, bóle ciągnące w grzbiecie i w kończynach, drżenie, zmniejszenie się łaknienia, bicie serca i przyspieszenie tętna po zadawaniu wewnętrznem gruczołu tarczykowego i dlatego doradza ostrożność w osłabieniu czynności serca, ciężkiej niedokrewności a osobliwie w obrzęku śluzakowym.

Co się tyczy pytania, w jaki sposób gruczoł tarczykowy, zażywany wewnętrznie działa na otyłość, można odpowiedzieć, co zresztą rozumie się samo przez się, iż nie dzieje się to ani przez zmniejszenie łaknienia czyli apetytu ani przez upośledzenie trawienia ani przez zmniejszenie doprowadzania materyj odżywczych, lubo to rzecz niewątpliwa, że stósowna dyeta jest po zaprzestaniu zażywania substancyi gruczołu tarczykowego koniecznym warunkiem utrzymania skutku. Wolno natomiast przypuścić, iż gruczoł tarczykowy wyrabia substancyą bardzo ważną dla życia i czynności ustroju. Substancya ta reguluje odżywianie skóry i tkanki łącznej podskórnej. Jeżeli substancyi tej jest za dużo, spala się tłuszcz w ustroju także nad miarę, jeżeli zaś za mało, wtedy wytwarza się za dużo tkanki tłuszczowej.

Na uwagę zasługuje, iż substancya gruczołu tarczykowego okazała się autorowi bardzo skuteczną w dwóch przypadkach łuszczycy *(psoriasis)*, nie miała zaś żadnego wpływu na chorobę Basedowa. *(Deutsche medic. Wochenschrift.* 13. Grudnia 1894).

— Świeże i lekkie przypadki wyprysku (*eczema*) na rękach skutkiem pracy zawodowej leczy Unna w Hamburgu w ten sposób, że chory wieczorem, idąc spać, obmywa sobie ręce bardzo starannie mydłem szarem a po wysuszeniu naciera je aż do zupełnego wtarcia maścią sporządzoną według przepisu:

152) Rp. *Zinci oxydati* *40·00*
Cretae praeparatae
Aquae Goulardi
Olei lini $\widehat{aa}$ *20·00*
MDS. Zewnętrznie.

lub:

153) Rp. *Zinci oxydati*
Sulfuris sublimati
Cretae praeparatae
Olei lini
Aquae calcis $\widehat{aa}$ *20·00*
MDS. Zewnętrznie

i obwija następnie szczelnie papierem gutaperkowym.

Z rana wstawszy, nie zdejmuje chory odrazu powyższego opatrzenia, lecz w miarę możności wykonywa w niem rozmaite czynności przez kilka godzin a odjąwszy opatrzenie, później wyciera do sucha ręce i naciera znów małą ilością

jednej z podanych maści. Wieczorem powtarza się toż samo postępowanie, co dnia poprzedzającego.

Leczenie to jest bardzo skuteczne i już po kilku, nieraz po dwóch dniach, prowadzi do zamierzonego celu.

(La semaine médicale. 12. Grudnia 1894).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie zwyczajne dnia 16. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Obecnych członków 34.

1) Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje pismo od gremium aptekarzy, że ceny surowicy przeciwbłoniczej już ustalono. Nr. I. kosztuje 4·50, Nr. II. 8·20, Nr. III. 12 złr. Surowicy apteki na razie dostarczyć nie mogą, bo w fabrykach jej nie ma.

3) Kol. Merunowicz zawiadamia, że petycya kol. Szpilmanna o subwencyonowanie zakładu weterynaryjnego lwowskiego w celach wyrabiania surowicy przeciwbłoniczej, którą sekcya lwowska poparła, i w sferach rządowych znalazła silne poparcie.

Kol. Wehr wnosi podziękowanie dla kol. Protomedyka za gorliwe zajęcie się tą sprawą. (Przyjęto oklaskami).

4) Kol. Gostyński przedstawia chorego, który przed laty doznał dwukrotnie urazu w ciemię. U chorego tego wystąpiły niedawno objawy żołądkowe, później ból głowy, zez i niemożność chodzenia. Wykazawszy na kości czołowej mały guz zbity, który uważano za *osteoma*, zrobiono tamże trepanacyą. Po trepanacyi przekonano się, że blaszka kostna wewnętrzna była gładka, spostrzegłszy jednak nieprawidłowe zachowanie się samego mózgu, wydobyto łyżeczką część rozmiękłą. Dziś chory jeszcze nie zupełnie pewnie, ale dość dobrze chodzi; inne objawy ustąpiły.

W dyskusyi zabierali głos koll. Wehr, Schramm, Bylicki i prelegent.

Kol. Wehr: Przypadek trepanacyi próbnej, przedstawiony przez kol. Gostyńskiego nadawał się bardzo dobrze do metody osteoplastycznej, co o tyle byłoby korzystniejszem dla chorego, iżby nie potrzebował nosić przez całe życie protezy, w postaci metalowej blaszki na czaszce, sądzę bowiem, że nieznaczne zgrubienie blaszki zewnętrznej kości, *hyperostosis* po urazie, bez śladu eksostozy na blaszce wewnętrznej, jak to widać na wytrepanowanym kawałku, pozostałoby po wrośnięciu bez żadnego wpływu na dalsze prawidłowe czynności mózgu pacyenta. (Streszczenie własne).

5) Kol. Uhma: Kilka obrazów nieprawidłowego zgrubienia przyskórka na dłoniach i podeszwach ugrupować by można w następujący sposób. I. *Tylosis*, sprawa wywołana drażniącemi wpływami mechanicznemi lub chemicznemi, ograniczona do miejsc na szkodliwe wpływy wystawionych. Cechuje ją przerost samego przyskórka — dopiero po długiem trwaniu wykazać można pod drobnowidem przerost warstwy komórek gwiazdkowatych, rozszerzenie naczyń krwionośnych i przewodów gruczołów potnych. Przerost przyskórka gubi się nieznacznie w otoczeniu prawidłowem, a w miejscach zajętych chorobą przedstawia zbitą, szorstką, niepodatną warstwę, która łatwo pęka, wywołując głębokie, bolesne rozpadliny. II. *Keratodermia symmetrica extremitatum* Besniera, rozwijająca się zwykle w młodocianym wieku, niezależnie od wpływów drażniących skórę. Besnier podejrzywa, że sprawa ta etyologicznie związana jest z ośrodkami nerwowymi. Chorą tej kategoryi przedstawia mówca. Istnieje u niej obok *keratodermii onychogryphosis* a najprzerozmaitsze senzacye, na które uskarża się chora, świadczą, że sfera nerwowa u niej prawidłową nie jest. III. *Erythema keratodes symmetricum* Brookego, choroba podostra, cechująca się obrzękiem i zaczerwienieniem na dłoniach i podeszwach, którym towarzyszy przerost płaski przyskórka i przeczulica. IV. *Keratoma palmare et plantare hereditarium*, zboczenie dziedziczne występujące w niemowlęctwie. Mówca przedstawia odlew gipsowy z ręki takiej chorej. Sprawę cechuje przedewszystkiem to, że gdy w poprzednich przyskórek nieprawidłowo zgrubiały gubił się nieznacznie, to tu istnieje to, co Niemcy nazywają: *das Ueberquellen der Sohlenhaut gegen den Fuss und Zehenrücken*. Po bokach dłoni, podeszew, palców, w przejściu skóry z dłoni na przedramię istnieją prawdziwe wały zgrubiałego przyskórka, nagle się kończące. Przy szczegółowem badaniu spostrzegamy, że opuszki palców i wyniosłości na dłoni, miejsca najbardziej wystawione na działanie dotyku mają przyskórek miększy i cieńszy. W ogóle skóra ta jest podatną i wilgotną, co odróżnia ten obraz od V. *acrokeratoma hereditarium* Neubürgera, cechującego się guziczkami przerosłego przyskórka, przedewszystkiem na grzbietowych powierzchniach rąk i nóg rozrzuconymi, podobnymi do guziczków widocznych na odlewie na grzbietach palców w okolicy stawów, ale suchych, twardych, nie pocących się.

6) Kol. Wiczkowski. *Myelaemia e lymphaemia.* Pohop do tego wykładu dał prelegentowi przypadek spostrzegany w oddziele chirurgicznym szpit. powszechn., który kol. Ziembicki przedstawił podczas tegorocznego zjazdu lekarskiego. Był to przypadek *sarcoma parvicellulare* na czole i nosie z następowem powiększeniem się gruczołów limfatycznych. Krew tego chorego badana w okresie, gdy gruczoły jeszcze nie były powiększone, przestawiała obraz zwykłej leukocytozy, t. j. zwiększoną ilość ciałek białych, wielojądrzastych. Ze wzrostem gruczołów limfatycznych występowały ciałka białe, małe, jednojądrzaste. Ilość ich wzmagała się tak, że kiedy ciałek czerwonych krwi było 2,717,500, było ciałek białych 170,000, stosunek ciałek białych do czerwonych jak 1:20 — wtedy ilość procentowa ciałek jednojądrzastych wynosiła 80, a wielojądrzastych 10. Ciałek eozynowych, wielojądrzastych było zaledwie 1%; ilość płytek była powiększona, brakowało komórek dużych jednojądrzastych, tak zwanych komórek rdzennych, nie było ciałek czerwonych jądrzastych. Powyższy wynik badania zgodny jest z opisem przypadków, które spostrzegali Müller, Wertheim i inni a wciągnęli pod miano *leukaemia lymphatica* lub *lymphaemia*. Prelegent odróżnia *lymphaemia* od *leukaemia lymphatica*. Swój przypadek uważa za *lymphaemia* a nie może mu nadać nazwy *leukaemia lymphatica*, bo do wiernego obrazu leukemii według dotychczasowych pojęć brak jednojądrzastych komórek dużych (komórek rdzennych), brak ciałek eozynowych jako jądrzastych, brak ciałek czerwonych jądrzastych, t. j. składników szpiku kostnego, który zawsze współcierpi w przebiegu leukemi. Prelegent nie przeczy, że w dalszym przebiegu choroby z *lymphaemii* może się rozwinąć *leukaemia lymphatica*. Prelegent wyklucza tu leukocytozę, która często towarzyszy nowotworom, niekiedy w dość znacznym stopniu, w leukocytozie bowiem zwiększona jest ilość ciałek białych wielojądrzastych. Następnie zwrócił uwagę prelegent na kilka szczegółów, które dostrzegł barwiąc krew tego chorego znanymi odczynnikami. I tak wielka część ciałek limfatycznych okazywała ziarnistości bazofilne. Niektóre płytki Bizzozerowskie przedstawiały jądro, które przy barwieniu eozyną i błękitem metylenowym nabrało barwy czerwonej, gdy pierwoszcze zabarwiło się niebieskawo. Znajdywał też mówca komórki o zarysach nierównych, często niewyraźnych ze szczątkami jądra, barwiącemi się płynem Ehrlicha słabo zielonkowato. Ilość tych ostatnich wynosiła około 8%. Limfocyty badane na stoliku ogrzanym okazywały bardzo małą ruchliwość, gdy ciałka wielojądrzaste są, jako wiadomo, żywo ruchliwe. Tem się też tłomaczymy, że w przypadkowych ropniach u chorych na limfemią są, jak zwykle, tylko ciałka wielojądrzaste. Niewytłómaczonem jednak zostaje, zkąd biorą się ciałka jednojądrzaste w płwocinach, w moczu w nieżytach dróg moczowych. Być może, że tutaj komórki jednojądrzaste są wytworem miejscowym i to z komórek łącznotkankowych.

Po wykładzie przedstawił prelegent odpowiednie preparaty drobnowidowe. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Wernicki twierdzi, że rzadko komu udaje się zabarwić należycie preparaty z krwi płynem Ehrlicha. Prelegentowi musiało się to nie udać, kiedy pewne komórki w jego preparatach nie zabarwiły się. W dodatku w limfanemii zdarza się przewrotne barwienie a komórka uważana przez prelegenta za coś nowego jest po prostu myelocytem neutrofilnym, właściwym leukemii szpikowej. Mowca nie przypuszcza też, by płytki Bizzozera, w których, że są bardzo maleńkie, nie znać ani śladu rysunku, mogły okazywać jądro. To, co prelegent uważa za płytki, to niewątpliwie małe ciałka białe: mikrocyty limfatyczne. W końcu swego przemówienia wyklucza prelegent możliwość tworzenia jakichkolwiek hipotez o powstawaniu z komórek łącznotkankowych jakichś innych komórek. Kol. Wiczkowski odpowiada, że ma należycie sporządzony płyn Ehrlicha, o czem przy ciągłych badaniach krwi w swej pracowni dokonywanych

mógł się upewnić dostatecznie. Komórki, o których mowa, barwią się, ale bardzo słabo; wyraźniej zaznaczają się szczątki ich jąder. Prelegent napotykał te komórki czasem w przebiegu leukemii i stale w opisanym przypadku limfemii. Płytki Bizzozera jądrzaste, o których mowa, przedstawiają się inaczej, niż zwykłe ciałka limfatyczne. Jądro ciałek limfatycznych barwi się niebieskawo a pierwoszcze różowo; tu zaś zabarwienie jest przewrotne.

7. Kol. Ziembicki przedstawia dwóch chorych. U jednego dokonał ekstraperytonealnie ekstyrpacyi nerki, rana przygojona. U drugiego, u którego w podżebrzu prawem można wykazać guz z nerki wychodzący, zamierza mówca przedsięwziąć tę samą operacyę.

Wyczerpawszy na tem porządek dzienny, zamknięto posiedzenie.

Za sekretarza: *Uhma.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 30. Listopada 1894 r.

Przewodniczący kol. Stroynowski. — Członków obecnych 16.

1) Przewodniczący komunikuje zgromadzonym uprzejme wyjaśnienie redaktora *Przeglądu lekarskiego*, prof. Domańskiego, dlaczego opóźnił się druk sprawozdania z poprzedniego posiedzenia, następnie okólnik c. k. Namiestnictwa w sprawie surowicy przeciwbłoniczej, wreszcie odezwę Magistratu w sprawie wysyłania chorych ubogich do Karlsbadu.

2) Kol. Wehr zawiadamia, że prezes Izby lekarskiej lwowskiej zwołał na ten sam czas, kiedy posiedzenie obecne się odbywa, zgromadzenie Izby lekarskiej i wnosi, by prezesa Izby lekarskiej uprosić o uwzględnianie posiedzeń sekcyi lwowskiej i nie zwoływanie w przyszłości posiedzeń równoczesnych.

3) Kol. Wachholz: *Znaczenie sądowo-lekarskie gonokoków.* Rzecz przeznaczona do druku w *Przeglądzie lekarskim.* W dyskusyi zabierali głos koll. Uhma, Weber, Wernicki, Stroynowski, Skałkowski, Bylicki i prelegent.

4) Kol. Wernicki, którego odczyt z powodu spóźnionej pory odłożono na następne posiedzenie, przedstawił swoje tablice z kolorowanymi rysunkami składników krwi.

Na tem zakończono posiedzenie. Za sekretarza: *Uhma.*

VII. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

W dyskusyi nad odczytami prof. Rydygiera i Obalińskiego zapytuje się Dr. Dembowski (z Wilna) prof. Obalińskiego, czy nie miewał przy stósowaniu swojej metody następowych przepuklin w smudze białej. D. wyłuszczał raz włókniak, wychodzący z przedniej ściany macicy na wysokości ust wewnętrznych macicy; guz rozwinął się między listkami więzu szerokiego i nie mając miejsca do dalszego rozwoju w małej miednicy, pociągnął za sobą ku górze narządy małej miednicy tak, że wierzchołek pęcherza znalazł się na dwa poprzeczne palce poniżej pępka. Wobec tego mówca przy otwieraniu jamy brzusznej przedłużył cięcie ponad pępek i po nacięciu ściany macicy ponad guzem w kierunku czołowym z łatwością wyłuszczył guz cały. Gdy po wyłuszczeniu guza pęcherz opadł do wysokości spojenia łonowego, zaszył górną część rany brzusznej a w dolną wszył ranę maciczną, poczem wytamponował gazą pozostałą po włókniaku jamę i leczył następnie ranę w ten sposób pozaotrzewnowo. Otóż w tym przypadku Dr. Dembowski był zmuszony po roku operować chorą powtórnie a to z powodu bardzo znacznej przepukliny w linii białej. Dr. Dembowski jest w wielu przypadkach zwolennikiem całkowitego wyłuszczania macicy przez laparotomię, odrzucając *amputatio supravaginalis.* W operacyi tej trudnem jest przecięcie sklepień pochwy; by je ułatwić, obmyślił on narzędzie, którego model przedstawia. W czynności tego narzędzia główną rolę grają dwie poprzecznie położone sondy rowkowane, wypychające przez odpowiednie nastawienie obadwa sklepienia od strony pochwy ku górze tak, że następnie można je z łatwością przeciąć na owych sondach. Dokładny opis tego instrumentu poda mówca w *Przeglądzie chirurgicznym.*

Dr. Skałkowski był u Chrobaka przy powstawaniu opisanej przez prof. Rydygiera metody; podobnie jak i wiele innych stworzyła je potrzeba. Poprzednio Chrobak operował, podwiązując szypułę podwiązką elastyczną; przypadki jednak, w których nie można było utworzyć szypuły, skłoniły Chrobaka do obmyślenia nowej, w mowie będącej metody. Metoda ta jest idealną, gdyż otrzymuje się po operacyi jednolitą otrzewną, złączoną szwem pojedynczym. Zwraca dalej Dr. S. uwagę na odpowiednie oczyszczenie pochwy przed operacyą; powinna być ona desinfekcyonowana, między innemi i wyskokowym rozczynem sublimatu. Zwykły krążek drewniany, umieszczony na sondzie, może wskazywać, gdzie jest sklepienie i gdzie należy zakładać szwy. Mówca zaleca drenowanie pochwy knotem jodoformowym. Szew, łączący płaty otrzewny, nie powinien znajdować się naprzeciwko miejsca, gdzie mieszczą się w sklepieniu pochwy podwiązki; warunek ten jest zasadniczym punktem metody Chrobaka. W tym celu wycina Chrobak obydwa płaty otrzewnowe nierównej wielkości a mianowicie przedni znacznie większy, skutkiem czego po zeszyciu brzegów linia szwu idzie wężykowato i bardziej ku tyłowi od linii środkowej. Nierówność płatów pochodzi także i ztąd, że odpreparowanie otrzewny na tylnej ścianie jest nader trudnem i łatwo przedziurawić w tem miejscu otrzewną, gdy na przedniej ścianie odpreparować ją bardzo łatwo. Płat przedni musi być jeszcze i z tego względu bardzo wielki, iż otrzewna kurczy się znacznie; przekonał się o tem Chrobak przy pierwszym, metodą tą operowanym przypadku, gdzie zeszycie otrzewny przedstawiało dość znaczne trudności ze względu na niedostateczną wielkość płatów. Metoda ta w niektórych przypadkach, np. włókniakach szyjki macicy, przerosłych na boki, jest zdaniem mówcy jedynym, dającym się zastósować sposobem chirurgicznym; przed jej powstaniem przypadków takich starano się nie leczyć operacyjnie.

Dr. Neugebauer znajduje, że sposób prof. Obalińskiego, w zasadzie bardzo racyonalny w praktyce nadaje się w wyjątkowych tylko przypadkach, dzięki następującym trzem dość rzadko trafiającym się okolicznościom: 1) zmiany następowe w przypadkach zadawnionych, t. j. zrosty ścisłe z torebką guza i ztąd niemożliwość wyłuszczenia; 2) topograficzna siedziba włókniaka; w razie włókniaków w tylnej ścianie macicy, wyłuszczanie ich sposobem prof. Obalińskiego byłoby nieracyonalnem, gdyż sprawiałoby *anteversio uteri fixata;* 3) mnogość włókniaków, stanowiąca zjawisko dość częste; czy w tych przypadkach poprzestać mamy na wyjęciu większych włókniaków przedniej ściany macicy, aby w rok lub później cierpienie powracało i operacyę przedsiębrać na nowo? Wobec tego, Dr. N. prosi prelegenta o ściślejsze określenie rodzaju włókniaków, które dadzą się me-

todą jego operować, jak również i o wypowiedzenie swojego poglądu na leczenie operacyjne przypadków *myomatosis multiplex*.

Dalej zapytuje się prof. Obalińskiego, czy w swych przypadkach nie spostrzegał podczas pierwszego po operacyi miesiączkowania wydzieliny krwawej przez przetokę rany; krwawienie takie z szypuły macicy po operacyi Porry przy leczeniu ekstraperytonealnem nie są bynajmniej rzadkie.

Co do przyrządu demonstrowanego przez Dra Dembowskiego, to zwraca mówca uwagę na podobny przyrząd, użyty raz jeden przez Martina przy odprowadzaniu wynicowanej do pochwy macicy, nadto rysunek podobnego przyrządu widział w *Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Geburtskunde* z 1810—1825 r. Przyrząd ten składał się z obrączkowatego wianka, opartego na trzech nóżkach na sposób *pessaire en bilboquet;* wianek ten osadzony był na stalowym pręcie zakrzywionym stósownie do osi macicy, zaopatrzonym w drewnianą rączkę; proponowano ten przyrząd do podnoszenia macicy ku górze od strony pochwy w celu ekstyrpacyi macicy za pomocą cięcia brzusznego. Wreszcie trzeci podobny i do tegoż celu przeznaczony elewator spotkał mówca w ostatnich numerach jednego z amerykańskich czasopism ginekologicznych *(New York Obstetr. Journal)*.

Dr. Ziembicki: Prof. Obaliński dorzuca nową cegiełkę do arsenału metod dawniejszych; metoda ta jednak ogólnego zastósowania przy wszystkich włókniakach macicy znaleść nie może. Zresztą ogólnej metody w tym razie nie ma i być nie może ze względu na różnorodność włókniaków; ztąd też należy każdy przypadek indywidualizować. W najcięższych przypadkach, najracyonalniejszą jest metoda opisana dzisiaj przez prof. Rydygiera.

Z drugiej jednak strony bardzo dobrą a za mało u nas dotychczas stósowaną jest operacya podana przez Péana i Doyena a zwana *morcellement*. Doyen za pomocą tej operacyi usuwa guzy sięgające do pępka. Zabieg ten, racyonalnie wykonany, nie jest dla chorej niebezpiecznym; w literaturze polskiej lekarskiej opisów stósowania go znajdujemy bardzo mało. Przypadek, operowany przez mówcę, opisał Dr. Skałkowski.

Dr. Szuman zapytuje się prof. Obalińskiego, czy w tych przypadkach, gdzie wyłuszczał swoją metodą, zaszywał ranę po włókniaku i zeszytą wszywał następnie w ranę ścian brzusznych, czy też tamponował ją i tampony wyprowadzał na zewnątrz. Dalej zwraca Dr. S. uwagę, że Chrobak swoją metodą operował nie dziewięć, jak powiedział Dr. Skałkowski, lecz czterdzieści kilka przypadków, oprócz tego Rossander w Sztokholmie niezależnie od Chrobaka polecił tę samą metodę i operował nią szczęśliwie dziewięć przypadków.

Prof. Jordan nie zgadza się na pierwszy wniosek prof. Obalińskiego, według którego należałoby usuwać wszystkie włókniaki we wczesnych okresach ich rozwoju. Sekcye zwłok kobiet w wieku lat przeszło czterdziestu wykazują w 40% przypadków włókniaki, o których chore za życia często nie wiedziały, gdyż nie wywoływały one żadnych chorobowych objawów; z drugiej strony włókniaki, które dają objawy chorobowe, pod wpływem leczenia nie chirurgicznego lub też i bez leczenia, szczególniej przy zbliżaniu się *climacterium*, nieraz zmniejszają się i giną, wobec czego Dr. Jordan, zgodnie z współczesnym, panującym w ginekologii poglądem sądzi, że takie tylko przypadki należy operować, gdzie leczenie bezkrwawe przez czas dłuższy nie pomaga a niedokrewność chorej wzrasta.

Dr. Bylicki jest zdania, że myomotomia nigdy nie stanie się operacyą tak ogólnie stósowaną, jak n. p. owaryotomia; przyczyną tego jest, że myomotomia nie jest i nie będzie operacyą typową.

Co do pierwszego wniosku prof. Obalińskiego, to Dr. Bylicki godzi się ze zdaniem prof. Jordana. Zwraca dalej uwagę na ważną a zamało dotychczas ocenioną zasługę prof. Rydygiera przez wprowadzenie przezeń modyfikacyi *exstirpationis uteri abdominalis* Freunda, która polega na przecięciu sklepień i oddzieleniu macicy od strony pochwy, dopiero zaś po uwolnieniu macicy od dołu przystępuje się do laparotomii.

Co do narzędzia, podanego przez Dra Dembowskiego, to sądzi mówca, że instrument ten jest zupełnie zbyteczny i że jako taki, nie znajdzie on szerszego zastósowania w ginekologii.

Dr. Sołowij przyznaje, że wyłuszczanie mięśniowłókniaków macicy, zwłaszcza u kobiet młodszych stanowi postępowanie idealne, gdyż pozostawia im macicę zdolną do czynności; pozostałe jednak zarodki guzów rozwijają się później i wywołują często potrzebę powtórnej laparotomii. Wobec tego jedynie bardzo nieznaczna ilość przypadków mięśniowłókniaków nadawałaby się do wyłuszczania. Z pomiędzy metod operacyjnych wyłuszczania tych guzów skłaniają się operatorzy do metody śródotrzewnowej, pomimo, że rezultaty metody pozaotrzewnowej (Hegara) są, ogółem wziąwszy, pomyślniejsze. Przyczyną tego jest, że ta ostatnia metoda 1° pozostawia szeroką bliznę, zdolną do wytwarzania przepukliny brzusznej i 2° wymaga dłuższego leczenia po operacyi. Metoda wyłuszczania podana przez prof. Obalińskiego ma wszystkie wady metody pozaotrzewnowej, brak zaś jej zalet tego postępowania a mianowicie radykalności.

Co do pierwszego punktu wywodu prof. Obalińskiego, to godzi się mówca na uwagi prof. Jordana i Dra Bylickiego.

Dr. Schramm operował w ostatnim przypadku włókniaków sposobem dziś opisanym przez prof. Obalińskiego. W tym przypadku guz znajdował się w powierzchownej warstwie na szczycie macicy. Po wyłuszczeniu go okazało się, że oddzielony z przedniej powierzchni, owalny płat był za mały, by przykryć obnażony miąższ macicy, której otrzewna pękła w dolnej części tylnej ściany podczas wyłuszczania guza w jamie brzusznej. Z tej przyczyny, by uniknąć sączenia się krwi do jamy brzusznej, wszył mówca macicę w dolny kąt rany brzusznej po obszyciu jej naokoło otrzewną ściany brzusznej. Zupełne zagojenie rany nastąpiło w przeciągu kilkunastu dni. Postępowanie takie stósuje się wszędzie, gdzie jest obawa, by krew lub wydzielina nie dostawały się do jamy brzusznej; okazało się ono we wszystkich tych przypadkach doskonałym środkiem ochronnym, spodziewać się więc należy, że i przy wyłuszczaniu włókniaków macicy da dobre wyniki. Postępowanie to, zastósowane do włókniaków macicy przez prof. Obalińskiego, ze względu na to, że jest w użyciu oddawna w wielu analogicznych przypadkach, nie zasługuje, zdaniem mówcy, na nazwę nowej metody.

Prof. Mars twierdzi, zgodnie z poprzednimi mówcami, że punkt pierwszy wywodu prof. Obalińskiego musi

uledz bardzo poważnym ograniczeniom. Za główne wskazanie do operacyi włókniaków macicy uważa mówca szybki ich wzrost.

Prof. **R y d y g i e r** sądzi, że sposób prof. Obalińskiego może znaleść w niektórych przypadkach zastósowanie; metoda ta jednak, jako dążąca zasadniczo do gojenia rany macicy *per secundam*, nie odpowiada ideałowi doraźnego gojenia ran.

Prelegent prof. **O b a l i ń s k i** zakończa dyskusyę, odpowiadając na poczynione metodzie swojej zarzuty:

1⁰ Co do pierwszego punktu swego wywodu, nie miał na myśli wszystkich w ogóle włókniaków, lecz tylko te, które przedstawiają pewne objawy niepokojące;

2⁰ przepuklina brzuszna powstaje tu daleko trudniej, niż po innych sposobach operacyjnych, gdyż macica wszyta w ścianę brzuszną, wypełniając sobą otwór, zapobiega temu;

3⁰ włókniaki tylnej powierzchni macicy można również metodą tą operować, trzeba tylko stósownie nachylić macicę ku przodowi. Zresztą statystyka wykazuje, że włókniaki macicy znajdują się głównie w górnej jej części;

4⁰ w *multiplicitas* włókniaków postępowanie zależy od wielkości guzów; gdy są małe, mówca wyłuszcza je, gdy są wielkie, zalicza dany przypadek do nienadających się do operowania jego metodą;

5⁰ sposób opisany przez siebie nazywa metodą dlatego, że nie stósuje go w tych tylko przypadkach, gdzie go do tego zmusza obawa przed dostaniem się krwi do jamy brzusznej, jak to było w przypadku Dra Schramma, a używa go metodycznie wszędzie, gdzie znajduje odpowiednie, podane powyżej stósunki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 20. Grudnia 1894 r.

— W dniu 19 b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarz. Lek. krak., na którem po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przystąpiono do wyborów urzędników Towarzystwa na rok przyszły. Po obliczeniu głosów okazali się wybranymi: na prezesa prof. Walentowicz, na wiceprezesa doc. Bossowski, na sekretarza dorocznego Dr. Kozłowski, na redaktora *Przeglądu Lekarskiego* dotychczasowy redaktor. prof. Domański, do komisyi redakcyjnej: ponownie proff. Cybulski, Gluziński, Mars i Obaliński, również ponownie podskarbim doc. Zarewicz a bibliotekarzem Dr. Murdzieński i delegatami do rady zawiadowczej Tow. Lek. galic. Dr. Schramm i Dr. Bylicki we Lwowie. Wreszcie do komisyi kontrolującej wybrano prof. Marsa i Dra Zanietowskiego (starszego).

— Doc. Dr. Józef Nusbaum i adjunkt Dr. Jan Prus mianowani profesorami, pierwszy anatomii opisowej i histologii, drugi anatomii patologicznej tudzież patologii ogólnej i doświadczalnej w szkole weterynarskiej we Lwowie.

— Młodsi lekarze szpitalni (sekundaryusze i praktykanci) postanowili za przyzwoleniem Dyrekcyi a zachęceni przez grono prymaryuszów począwszy od r. 1895. odbywać w szpitalu św. Łazarza w Krakowie posiedzenia naukowe raz na miesiąc. Na porządku dziennym tych posiedzeń będą 1) demonstracye uwagi godnych przypadków chorobowych, 2) sprawozdania z przebiegu chorób leczonych w szpitalu, 3) spostrzeżenia nad sposobami leczenia w szpitalu zastósowanemi, 4) wyzyskanie umiejętne statystyki szpitalnej. W posiedzeniach tych wezmą stały udział prymaryusze i dyrektor. Materyał opracowany na tych posiedzeniach, będzie w stósownych razach mógł służyć później za przedmiot wykładu w Tow. lek. krak.

— Dr. Józef Polak w Warszawie otrzymał na wystawie higienicznej w Petersburgu złoty medal za wydawane przez siebie czasopismo *Zdrowie*.

Warszawa 13. Grudnia 1894.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyjęło na posiedzeniu w dniu 11. Grudnia b. r. 12-tu lekarzy w poczet członków czynnych a trzech w poczet korespondentów.

Na temże posiedzeniu zdawał sprawę Dr. Janowski z wycieczki do Berlina i Paryża, podjętej w celu zapoznania się z przygotowaniem surowicy przeciwbłoniczej.

Dr. Janowski sądzi, że wyniki w ogólności są korzystne i że koniecznie należy robić dalsze próby na wielki rozmiar w szpitalach pod dokładną kontrolą; uważa zaś za nieodpowiednie zakładanie fabryki w Warszawie (za pieniądze publiczne), ze względu na wielki koszt potrzebny na urządzenie takiej fabryki i ze względu na to, że może z czasem obejdzie się wyrabianie antytoksyny bez pośrednictwa organizmów zwierzęcych, wobec czego kapitał wyłożony na założenie okaże się straconym. Surowicę będzie można nie długo dostawać w wielkich ilościach zarówno z Francyi jak i z Niemiec po cenach względnie przystępnych, w każdym razie taniej, niż produkując ją na miejscu. (Odczyt był ze względu na dokładny opis techniki przygotowywania i stósowania bardzo ciekawy, zresztą zawierał rzeczy znane).

W dyskusyi przemawiał między innymi obszernie Dr. Bączkiewicz, który również był w Paryżu i Berlinie i widział rezultaty korzystne zgadzające się z obserwacyami Dra Janowskiego, (w Paryżu, w czasie ich pobytu odsetka śmiertelności ogólnej u leczonych surowicą wahała się między 11 a 14%), zaleca również dalsze próby, zwraca jednak uwagę na leczenie miejscowe, stósowane oprócz surowicy w Paryżu i na znane już i ogłoszone działania uboczne surowicy, jak zapalenie tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*), osutki, zajęcia stawów i t. d. (Ostatnie dwa objawy nie koniecznie są skutkiem surowicy; mogą być tylko objawami posocznicy, wywołanemi przez nieczyste manipulowanie przy sporządzaniu lub stósowaniu).

— Sprawa skuteczności leczenia błonicy właściwą surowicą zamiast rozjaśniać zaciemnia się coraz bardziej, przynajmniej w Berlinie, gdzie do kwestyj naukowych przyłączyły się walki osobiste: po szorstkiem wystąpieniu Behringa przeciw Virchowowi i to wystąpieniu w piśmie ani lekarskiem ani naukowem, toczy się *à propos* wiadomego odczytu Hansemanna, znanego Czytelnikom *Przeglądu lekarskiego* (z poprzedniego Nru) teraz w *Deutsche med. Wchschft* (w Nrze 50) polemika między Behringiem a znanym profesorem chirurgii Bergmannem, który oświadcza wręcz, iż przypatrzywszy się doświadczeniom Behringa i przeczytawszy jego rozprawy niezgodne z zasadami nauki (*unwissenschaftlich*), nabrał nieufności do seroterapii i nazywa Behringa prawdziwym mężem przyszłości i agitatorem surowicy leczniczej (*echter Mann der Zukunft und Agitator für das Heilserum*).

— **Nekrologia.** Zmarł: w Tule na dur osutkowy w 59. roku życia lekarz prakt. **Wincenty Smidowicz**, przewodniczący miejscowej komisyi sanitarnej, cieszący się wielkiem u publiczności uznaniem.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 1674/94.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza dla okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron), zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiat., wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. Stycznia 1895 r.

Bohorodczany 17. Grudnia 1894. Prezes:

167—3—1 *Józef Szeliński.*

KONKURS.

W mieście Kańczuga powiatu Łańcut jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną płacą 500 złr. w. a. bez mieszkania.

Ubiegający się o tę posadę zechcą się do 1. Stycznia a najdalej do 15. Stycznia 1895 r. u Zwierzchności gminnej pisemnie lub osobiście zgłosić i swe dokumenta przedłożyć.

Kańczuga 3. Grudnia 1894.

164—2—2 *Zwierzchność gminna.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXIII. Kraków 29. Grudnia 1894 r. Nr. 52.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya, — w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza

Redaktor główny prof. Dr. S. Domański

Przedpłatę
przyjmują
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81. Rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr Bronisł. w Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Przegląd lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1. Stycznia 1895. **rok trzydziesty czwarty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$—2 arkuszy na tydzień **jak najregularniej.**

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim,*** tak oryginalne jakoteż nieoryginalne są płatne.

Autorowie, życzący sobie otrzymać osobne odbitki swych prac, zechcą na pierwszej stronnicy rękopisu oznaczyć wyraźnie ich liczbę; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić nie możemy.

Administracya uprasza najuprzejmiej Szanownych prenumeratorów o jak najrychlejsze odnowienie przedpłaty na rok 1895., najlepiej wprost w Administracyi *Przeglądu lekarskiego.*

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni *Przegląd lekarski* abonować bezpośrednio w Administracyi.

Cena prenumeracyjna ogłoszona w nagłówku każdego numeru.

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera.

O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.

(Według wykładu w sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich we Lwowie).

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 51).

Pozostaje nam do rozpatrzenia jeszcze jedna postać zapalenia otrzewny o etyologii ściśle swoistej — zapalenie gruźlicze. Leczenie operacyjne tego cierpienia, zawdzięczające początek swój przypadkowi w postaci omyłki dyagnostycznej, popełnionej przez Spencer-Wellsa, zyskało potem w Königu głównego zwolennika i dziś zdobyło sobie uznanie ogólne. Z dnia na dzień rosnąca statystyka przemawia coraz dobitniej na korzyść tej metody leczniczej i obecnie, kiedy zyskała ona prawa obywatelstwa w chirurgii, dążenia badaczów skierowane są głównie do wyjaśnienia kwestyi, czemu właściwie przypisać należy korzystny wpływ laparotomii na przebieg zapalenia gruźliczego otrzewny.

Według obliczeń jednego z autorów najnowszych prac, Szczegolewa[1]) czwarta część chorych, dotkniętych tem ciężkiem cierpieniem i leczonych operacyjnie, wyzdrawia zupełnie, ilość zaś wyleczonych na przeciąg czasu od $\frac{1}{2}$ roku do 2 lat wynosi 70%. Tak pomyślne wyniki wzbudziły podejrzenie u niektórych autorów, iż część przypadków operowanych i wyleczonych nie stanowi rzeczywistych zapaleń gruźliczych, lecz tylko zwykłe zapalenia przewlekłe, powstałe na innem zupełnie tle (Küster, Löhlein, Kurz, Spaeth). Jeżelibyśmy jednakże odrzucili nawet z pomiędzy nich te przypadki, w których oprócz cech makroskopowych chorej otrzewny innych dowodów nie dostarczono na wykazanie gruźliczej natury zapalenia, to i tak zostanie znaczna ich

[1]) Archives de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1894. V.

liczba, gdzie gruźlicę stwierdzono nie tylko histologicznie, lecz i bakteryologicznie. Wykonanie więc laparotomii wpływa niewątpliwie pomyślnie na przebieg gruźlicy otrzewny, lecz od czego wpływ ten zależy? Jest to rzeczą tem bardziej zadziwiająca, że gruźlica otrzewny sprawia zmiany tkankowe bardzo ciężkie, odbijające się zarówno i na stanie ogólnym ustroju, których usunięcie przeto jest tem trudniejsze. Kwestyę tę starano się rozstrzygnąć na podstawie zarówno spostrzeżeń klinicznych, jak i badań doświadczalnych, lecz wnioski wysnute z otrzymanych wyników są nader różnorodne. Błędem wielu z badaczów było to, iż z pomiędzy różnych czynników etyologicznych wybierali najczęściej jeden, który wysuwali na plan pierwszy, przypisując mu główne znaczenie przyczynowe w korzystnym wpływie laparotomii, pomijając zaś wszystkie inne.

Przedewszystkiem, podobnie jak i w przypadkach innych zapaleń otrzewny, laparotomia wpływa pomyślnie na leczenie sprawy chorobowej przez uwolnienie otrzewny od wysięku, który podwójnie działa szkodliwie na ustrój: z jednej strony masą swą wywiera wpływ mechaniczny, utrudniając wchłanianie z jamy otrzewny, krążenie i prawidłową ruchomość przewodu jelitowego, z drugiej toksycznymi swymi składnikami działa niekorzystnie na ogólny stan ustroju. Samo jednak wypuszczenie wysięku i nawet najdokładniejsze wypłukanie otrzewny nie tłómaczy nam jeszcze istoty sprawy; są bowiem postacie, w których wysięku jest bardzo mało lub nawet wcale nie ma (t. zw. *peritonitis tuberculosa sicca)* a mimo to po laparotomii gruzełki rozsiane na otrzewny znikają i następuje wyleczenie. Tu więc przypuścić należy istnienie innego czynnika, korzystnie wpływającego na gojenie się. Niewątpliwie do najważniejszych z pomiędzy nich należy podrażnienie mechaniczne otrzewny, wywołane samym zabiegiem operacyjnym. Czynnik ten stały i nieodłączny od każdej laparotomii wpływa pomyślnie na zmienioną chorobowo otrzewną, wywołuje przekrwienie, drażni zwiotczałe pierwociny komórkowe tkanek i uwalniając od złogów wysiękowych, ułatwia im dalszą pracę w walce z bodźcem zakaźnym.

Oprócz tych dwóch czynników, zdaniem mojem, najważniejszych, wpływających korzystnie głównie na stosunki tkankowe otrzewny, starali się niektórzy autorowie wykryć inne, któreby działanie lecznicze laparotomii mogły objaśnić wpływem jej na samą przyczynę choroby, na laseczniki gruźlicy.

Jako na taki, zwracano uwagę na wpływ światła dziennego, wpadającego na chorą otrzewną po otwarciu jamy brzusznej, opierając się na znanej okoliczności z biologii bakteryj, iż światło słoneczne działa niekorzystnie na rozwój hodowli i stopień jadowitości laseczników gruźliczych. Objaśnienie takie jednak, jako zupełnie oderwane i pozbawione dowodów rzeczywistych, pozostanie zawsze w dziedzinie teoretycznych hipotez. Inne przypuszczenie zupełnie przeczące poprzedniemu, podają Mosetig-Moorhof[1]) i Nolen[2]). Według nich najważniejsze ma tu znaczenie powietrze wchodzące do jamy brzusznej i na tej podstawie zmienili nawet postępowanie operacyjne w przypadkach gruźlicy otrzewny. Nie robiąc laparotomii, przekłuwają oni tylko ścianę brzuszną trójgrańcem, wypuszczają wysięk, natomiast wpuszczają do wnętrza dość znaczną ilość powietrza, które pozostawiają czas jakiś, kilka minut w jamie brzusznej, starając się przez odpowiednie uciskanie rozprowadzić je o ile możności najdokładniej po całej jamie brzusznej. Teorya ta trafia do przekonania Braatzowi[1]), który jednakże tłómaczy ją w odmienny sposób. Jego zdaniem, nie powietrze jako takie, lecz zawarty w niem tlen stanowi ów czynnik leczniczy. Zgodnie ze swoją teoryą anaerobiotyczną przypuszcza on, iż laseczniki gruźlicy, rozwijające się i działające swoiscie w otrzewnej, w środowisku bezpowietrznem, zamierają pod wpływem dostępu tlenu z powietrza. Takie działanie na nie powietrza możliwe jest, zdaniem jego, tylko w otrzewnej, gdzie sprawa zapalna umiejscowiona jest na samej powierzchni, podczas gdy w innych cierpieniach gruźliczych wytwory zapalne a wraz z nimi i laseczniki mieszczą się znacznie głębiej i są przeto niedostępne dla powietrza.

Casivari[2]) zwraca uwagę na szczególnie szybką uleczalność pod wpływem laparotomii tej postaci zapaleń otrzewny, która ma za punkt wyjścia przewód jelitowy. W przypadkach tych laseczniki gruźlicze są znacznie osłabione pobytem w przewodzie pokarmowym i dlatego łatwiej ulegają w walce z organizmem.

Tak czy inaczej, skutkiem tej lub owej przyczyny a zdaniem mojem w skutek całej sumy współdziałających czynników, wywołanych przez laparotomię, następuje w chorej otrzewnej odczyn tkankowy, prowadzący w większości przypadków do zupełnego wyleczenia. W jaki sposób jednak przychodzi do usunięcia takiej masy wytworów patologicznych, na czem polega właściwie histogeneza owej *restitutio ad integrum* zajętej otrzewny? — na to dają odpowiedź nowsze prace doświadczalne. Nie wchodząc tu w szczegóły wyników otrzymanych przez różnych autorów (z najnowszych Bumm[3]), Nannotti i Baciocchi[4]), Kiszenskij[5]), Gatti[6]) i Szczegolew[7])) i pewne pomiędzy nimi różnice, możemy w następujący sposób naszkicować cały przebieg reakcyjny w otrzewnej, prowadzący do zaniku wytworów chorobowych i wyleczenia. Pod wpływem szeregu czynników fizycznych, stanowiących następstwo laparotomii, odczyn zapalny ze strony otrzewny wzmaga się znacznie: tkanka otaczająca ogniska gruźlicze ulega przekrwieniu i obficie nacieka komórkami limfatycznemi, które tworzą naokoło tego ogniska zupełny wał ochronny i rozpoczynają walkę ze znajdującymi się tam lasecznikami. Jednocześnie zaczyna się bujanie młodych komórek tkankowych na obwodzie i nowotworzenie młodej tkanki łącznej, która stopniowo staje się coraz bardziej włóknistą aż wreszcie tworzy tkaninę bliznowatą, coraz bardziej zaciągającą gruzełek, którego części składowe ulegają ostatecznemu wessaniu.

Poznawszy stronę teoretyczną leczenia chirurgicznego gruźliczych zapaleń otrzewny, zastanowimy się krótko nad jego stroną techniczną. Pod tym względem laparotomia przedstawia tu pewne trudności, większe, niż w innych przypadkach zapalenia otrzewny. Dotyczy to głównie samej toalety

[1]) Wiener med. Presse 1893. 27.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift 1893. 34.

[1]) Centralblatt f. Chirurgie 1893. s. 863.
[2]) Riforma medica 1894. 49.
[3]) Sitzungsbericht d. Würzburg. physik. med. Gesellschaft 1892.
[4]) La riforma medica 1893. 20.
[5]) Chirurgiczeskaja letopis 1893. s. 595.
[6]) La riforma medica 1894. 53.
[7]) Archives de méd. expérim. 1894. 5.

jamy brzusznej, mającej za zadanie dokładne, ile tylko można, usunięcie wysięku gruźliczego z otrzewny. Natrafia to jednakże na znaczne trudności z powodu mnóstwa zrostów pomiędzy przylegającemi do siebie powierzchniami otrzewny, wytwarzających niezliczone załamki w i bez tego złożonych stósunkach anatomicznych brzusznych. Z tego powodu wypuszczenie wysięku i przepłukanie jest niemożliwe bez usunięcia choć częściowego tych zrostów. Tu jednakże trzeba być bardzo ostrożnym i ograniczyć się tylko do zlepów włóknikowych świeżych, nie niszcząc zanadto zrostów starszych, które z jednej strony mogłyby wywołać znaczniejszy krwotok, z drugiej mają ważne znaczenie dla gojenia się gruźliczych ognisk zapalnych. Co się tyczy przepłukiwania jamy otrzewnowej, to tu postępowanie zdaniem mojem winno być odmienne, jak w przypadkach innych zapaleń, gdzie ma się na celu tylko mechaniczne wypłukanie wysięku zapalnego. Tu należałoby użyć płynów, które oprócz działania czysto mechanicznego mogłyby mieć pewne d z i a ł a n i e c h e m i c z n i e d r a ż n i ą c e, aby w ten sposób tem skuteczniej pobudzić pierwociny tkankowe do odczynu, szczególnie w tych miejscach otrzewny, gdzie wpływ mechaniczny operacyi jest wykluczony. Za takie uważałbym słabe, antyseptyczne roztwory wyskokowe (n. p. roztwór 1‰ tymolu lub którego z olejków eterycznych w słabym wyskoku 20 do 25%). Nie idzie tu o desinfekcyę jamy brzusznej, gdyż uważam to za niemożliwe i bezcelowe, lecz o działanie pobudzające, miejscowe a nawet i ogólne, jakie posiadają roztwory wyskokowe.

Rzecz prosta, dokładne określenie tych płynów i sposób ich stósowania w gruźlicy otrzewny można będzie podać dopiero po wypróbowaniu ich dokładnem na zwierzętach.

W leczeniu zapalenia otrzewny chirurgia zaczyna dziś urzeczywistniać te marzenia, jakie przed niedawnymi jeszcze czasy powstawać mogły chyba jako *pia desideria* w najśmielszych pomysłach chirurgów. W wynikach swoich nie jest tu ona tylko owem *malum necessarium* terapii, pociągającem za sobą w skutek każdej operacyi „utratę części lub całości funkcyi organizmu“ jak twierdzą obrońcy straconej pozycyi internistycznej, lecz przeciwnie, jedynie racyonalnem w większości przypadków postępowaniem, świadomem celu, pewnem swych środków i liczącem się ściśle z danymi stósunkami chorego ustroju. *En chirurgie, le succès ne justifie rien par lui même*, napisał słusznie jeden z wybitniejszych umysłów współczesnej chirurgii [1]). Rzeczywiście dziś chirurgia nie zadowalnia się tylko dobrym wynikiem jakiejś operacyi, aby nadać jej swoją sankcyę; na to wymaga ona dokładnej legitymacyi naukowej danego zabiegu, opartej na całym arsenale pomocniczych środków klinicznych i laboratoryjnych i dopiero po wytrzymaniu tej próby zalicza go do rzeczywistych swoich nabytków. Biorąc początek swój w empiryi, jak i wszystkie nauki lekarskie, chirurgia obecnie coraz to pewniejszą nogą staje na podstawach ściśle naukowych i coraz to śmielej zakreśla koło swej działalności. A jeżeli we wszystkich dziedzinach czynności ducha ludzkiego samokrytycyzm jest jednym z koniecznych warunków postępu, to tem ściślej stósuje się to do chirurgii, która znajduje się w tem szczęśliwem położeniu, że może prawie zawsze sprawdzić swe twierdzenia, poznawać swe omyłki. I to właśnie, co tak potężnie sprzyja jej rozwojowi, to jednocześnie kładzie na nią obowiązek tem ściślejszego liczenia się ze wszystkiemi następstwami jej działalności, tem surowszej oceny wartości zamierzonej operacyi i korzyści z niej dla chorego. To też chirurgia współczesna obok wspaniałego godła *quo non ascendam!* będącego wyrazem dzisiejszego jej postępu, wypisuje tuż obok: *plus la chirurgie devient puissante, plus elle doit devenir morale* [1]).

[1]) Ollier: Traité des resections. Tom I. Paryż 1890.

[1]) Ollier loc. cit.

II. Z zakładu medycyny sądowej w Krakowie.

O otruciu kwasem azotowym.

Podał

Dr. Edward Piotrowski,

asystent katedry medycyny sądowej i b. I-szy asystent katedry anatomii patologicznej w Uniw. Jagiellońskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Cóż mi wtedy pozostawało, by dowieść, że płyn do otrucia użyty był kwasem azotowym. Oto zabrałem się do zbadania mikroskopowego krwi, żółci, cieczy zebranej z pęcherza i tu doszedłem do następujących rezultatów:

1) Krew z serca okazuje pod mikroskopem utrzymane ciałka czerwone krwi, luźnie obok siebie leżące, o kształtach więcej ząbkowatych, niż okrągłych.

2) W cieczy białawej, wziętej z pęcherza znalazłem wiele spermatozoidów i przybłonki gruszkowe, przejściowe; wałeczków nie wykryłem.

3) Krew zbadana spektroskopem okazuje wyraźne dwie smugi, redukujące się w jednę za dodaniem świeżo sporządzonego tlenku żelaza w winianie amonowym.

4) Żółć nie okazuje prócz grudek barwika żadnej nieprawidłowości.

Nie doszedłszy z badania mikroskopowego do żadnych ważniejszych rezultatów, zabrałem się do zbadania chemicznego płynu o d e b r a n e g o z r ą k s a m o b ó j c y. Badanie chemiczne wykazuje czysty kwas azotowy bez żadnej domieszki innych kwasów lub ługów.

Chodziłoby teraz tylko o to, aby dowieść, że rzeczywiście kwas azotowy wewnętrznie zażyty sprawić może takie zmiany anatomiczne, jak wyżej opisałem. Do udowodnienia tego zatrułem kilka psów rozmaitemi dawkami kwasu azotowego i doszedłem przez te doświadczenia do przekonania, że zmiany takie, jakie znalazłem u sekcyonowanego, można wywołać u psów, gdy im podaje się bardzo małe dawki na czczy żołądek. Jak opisuje Guder, 4 do 8 gramów kwasu azotowego jest dla człowieka dawką już zabójczą; u psów podawałem również podobną dawkę a nawet posuwałem się do dawek większych. W miarę tego, gdy powiększałem dawki, psy ginęły rychlej, nawet po kilkunastu minutach. Błona śluzowa u psa, który zginął nadzwyczaj szybko, tak żołądka jak i gardziela i jamy ust wszędzie przedstawiała się jasnożółtą lub jasno-pomarańczową. U psów, które męczyły się przez kilka godzin, znajdywałem zabarwienie seledynowe dwunastnicy a wybitnie czarne żołądka. Z tych doświadczeń widzimy, że wtedy tylko wystąpić może czarne zabar-

wienie błony śluzowej żołądka, gdy psy dłużej po zatruciu żyją niż godzinę; więc musi być czas, w którymby mogło przyjść do całego szeregu spraw anatomicznych, które bliżej nam objaśnią preparaty mikroskopowe żołądka. Kawałeczki powycinane po sekcyi z żołądka i innych organów dałem do alkoholu celem ich stwardnienia. Po należytem stwardnieniu zatopiłem w celoidynie i barwiłem skrawki hematoksyliną, podbarwiając eozyną lub oranżem. Po oddaleniu celoidyny olejkiem gwoździkowym oglądałem skrawki w balsamie kanadyjskim.

Badanie mikroskopowe żołądka dało następujące rezultaty:

1) Cała partya powierzchowna, okazująca się przy sekcyi czarno zabarwioną nie jest niczem, jak obumarłą zupełnie błoną śluzową pod postacią mas brunatnych bez żadnego utkania. Gdzieniegdzie masy te brunatne błony śluzowej były odłuszczone a pod mikroskopem wtedy dawał się widzieć brzeg warstwy podśluzowej mocno nastrzykanej i właśnie te miejsca makroskopowo przedstawiały się, jak wysepki czerwonawe. Wśród tych mas nekrotycznych, brunatno zabarwionych błony śluzowej można widzieć tu i owdzie ciałka czerwone krwi, częścią dobrze utrzymane, częścią zmienione.

2) Naokoło tych partyj brunatnych, nekrotycznych widzieć się daje obfity naciek drobnokomórkowy, sięgający nawet w głąb mięśni ściany żołądkowej.

3) Naczynie tuż pod warstwą nekrotyczną błony śluzowej wypełnione są masami brunatnemi, zbitemi, z zupełnie zatartymi zarysami ciałek czerwonych krwi.

4) Naokoło tych naczyń, jakoteż naokoło naczyń włosowatych głębszych, mocno rozszerzonych, wśród których widać dobrze utrzymane ciałka czerwone krwi, spotyka się rozległe ogniska, złożone li tylko z ciałek czerwonych krwi.

5) Jądra mięśni prawie zupełnie nie barwią się a mięśnie same okazują się tylko jako masy bezpostacie.

Po otrzymaniu takiego rezultatu mikroskopowego teraz łatwo nam zrozumieć całą sprawę w ścianie żołądka.

Kwas azotowy dostawszy się do żołądka, sprawia bezwarunkowo błony śluzowej nekrozę, która może przechodzić i głębiej w razie, gdy ilość kwasu azotowego była znaczną. Dalej kwas azotowy działa na naczynia i na ich treść tak w błonie śluzowej, jak i w częściach sąsiednich i wywołuje w nich zastój z następowem zniszczeniem ciałek czerwonych, które pod mikroskopem przedstawiają się jako masy brunatne. Zastój łatwo sprowadza przenikanie częścią ciałek utrzymanych, gdy takie są, częścią tych mas brunatnych, po za naczynia.

Naokoło zaś tych partyj nekrotycznych rozwija się w sąsiedztwie zapalenie, które może przybierać cechę więcej zapalenia krwotocznego w miarę tego, jak bodziec drażniący był mocniejszy. Ciałka czerwone z zapalnych partyj mięszają się z ciałkami czerwonemi w zastoinowych miejscach, przenikają razem do warstwy śluzowej i tutaj pod działaniem kwasu azotowego ich hemoglobina łatwo rozkłada się na hematynę kwaśną, która użycza teraz swej barwy brunatnej owym masom nektrotycznym, jakoteż może przenikać do cieczy w żołądku i zabarwiać ją na brunatno.

W razie, gdy dawka użytego kwasu była znaczna a śmierć nastąpiła rychło, wtedy do wytworzenia zapalenia krwotocznego przyjść nie może, bo nie ma na tyle czasu i wówczas tylko przychodzi do nekrozy, od kwasu ksantoproteinowego barwy żółtawej. Dodać tutaj muszę, że przy użyciu małej bardzo ilości kwasu azotowego może nawet nastąpić wyleczenie w ten sposób, że naprzód partye nekrotyczne muszą się oddzielić a naciek drobnokomórkowy może ulegać dalszym fazom swego rozwoju i wywołać w końcu bliznę. Blizny takie znów, jeśli są znacznego stopnia, lub gdy znajdują się szczególniej koło odźwiernika, sprowadzają zwężenie i są przyczyną następowego charłactwa, które prędzej czy później może zakończyć się źle dla organizmu.

Bardzo często przy oddzielaniu się tych mas nekrotycznych mogą dostać się mikroby do ściany żołądka i wywołać zapalenie ropne lub zgorzel a następowo ropnicę lub gnilicę.

Z tego opisu widzimy, że obrazy anatomiczne po zatruciu kwasem azotowym czystym mogą być bardzo różne a rozległość i głębokość nekrozy, barwa nekrotycznych tkanin, stopień zapalenia, wreszcie zmiany następowe, wszystko to zależy od różnych czynników, jak od ilości kwasu azotowego i jego koncentracyi. Do tego obrazu nie od rzeczy będzie dodać kilka jeszcze spostrzeżeń z badania mikroskopowego innych organów.

Badanie mikroskopowe serca nie wykazuje żadnych zmian, ale zato badanie mikroskopowe nerek budzi uwagę; mianowicie badanie mikroskopowe skrawków nerek, zrobionych i barwionych w sposób powyżej podany, wykazuje mocne rozszerzenie naczyń włosowatych, powtóre rozległe wynaczynienia w substancyi korowej a przedewszystkiem wybitną nekrozę przybłonków cewek. Przybłonki owe są czasem odłuszczone zupełnie, formalnie wypychają cewki, jako masy bezpostacie. Nie dziw przeto teraz, że w takich stanach nie może przyjść do wydzielania moczu, lecz owszem pojawia się nawet anurya. Nie zawsze też można z tego powodu badać mocz pod względem obecności kwasu azotowego.

Z tego całego szkicu widzimy, że obraz anatomiczny jest zawsze najważniejszym w dyagnostyce sekcyjnej.

Przy tej sposobności niech mi będzie wolno złożyć najgłębsze podziękowanie Profesorowi Halbanowi za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału sekcyjnego i za wskazówki, jakiemi mię obdarzał w ciągu pracy.

III. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

J. Bokai (w Budapeszcie). **Jak się ma rzecz ze spychaniem błon rzekomych i zatykaniem tubusa w O'Dwyerskiej intubacyi i jakie znaczenie mają te powikłania?**

Przeciwstawiając zawsze tracheotomię intubacyi, kładzie się wielki nacisk na możność spychania błon rzekomych i zamknięcia światła rurki. Na podstawie 500 wykonanych w szpitalu dla dzieci intubacyj stara się B. rozstrzygnąć, jakie znaczenie mają te powikłania i czy są tak częstemi i groźnemi, że należałoby przyznać pierwszeństwo tracheotomii przed intubacyą. Dochodzi on do następujących wniosków: 1. Spychanie błon rzekomych podczas intubacyi spostrzega się względnie rzadko; tylko w bardzo rzadkich przypadkach kończy się ona groźnie. Asfiksyę można wtedy najczęściej usunąć przez ekstubacyą, gdyż uruchomione błony często natychmiast po ekstubacyi zostają wykrztuszone. Gdy to wnet nie następuje, wtedy jest wskazanem sztuczne oddychanie, względnie tracheotomia następowa. 2. Zatkanie rurek błonami rzekomemi nie zdarza się często, a wtedy naj-

częściej w ten sposób wszystko kończy się pomyślnie, że zatkany tubus zostaje wykrztuszanym wraz z błonami. By w danym razie zatkanie nie stało się groźnem, konieczną jest ciągła, umiejętna kontrola. Pozostawienie utrzymującej rurkę i naokoło szyi okręconej nitki dozwala także i nielekarzowi natychmiastowej ekstubacyi w razie zatkania. Mimo tej niekorzystnej strony zasługuje intubacya na jak największe rozpowszechnienie. *(Orvosi hetilap,* 1894. Nr. 1.).

Dr. Bf.

Zapiski terapeutyczne.

— L e c z e n i e b ł o n i c y w ł a ś c i w ą s u r o w i c ą (z posiedzenia Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu). Le G e n d r e leczył w szpitalu Trousseau 16 dzieci, u których mikroskopem i hodowlami udowodniono błonicę; z nich umarło 2, t. j. 12·5%, co zgadza się z doświadczeniem Moizarda. Jedno dziecko zmarło na błonicze zapalenie gardła, mimo, iż mu wstrzyknięto ogółem 140 cm.³ surowicy, której działanie popierano miejscowem użyciem sublimatu i kwasu karbolowego. Przyczyną zejścia śmiertelnego były przypady ze strony serca i nerek. Z 6 dzieci dotkniętych dławcem 3 wyzdrowiało bez tracheotomii wbrew wszelkiemu spodziewaniu się a 3 tracheotomowano ze skutkiem jak najlepszym i nadzwyczaj rychłym.

Le Gendre sądzi, iż w seroterapii nie można obejść się w razie potrzeby bez tracheotomii, która jednak w swych następstwach przebiega daleko łagodniej, niż zwykle. Intubacya ma tę niedogodność, że grozi nagłą śmiercią, jeżeli tubus zatka się błoną wrzekomą.

W przeważnej liczbie przypadków widział Le Gendre po wstrzyknięciu surowicy podniesienie się temperatury, powiększenie się liczby tętna, tudzież oddechów przez 12 do 48 godzin.

Wcale nierzadko pojawiają się po użyciu surowicy późne przypady następowe, okazujące się w 15 do 20 dni po jej użyciu w postaci rumienia na skórze (*erythema*), wymiotów, rozwolnienia, podniecenia lub przygnębienia, fosfaturyi i urobilinuryi. Zdaje się, iż te przypady zależą od konia, z którego zebrano surowicę.

Wstrzykiwania surowicy nie zapobiegają bynajmniej dalszym następstwom błonicy, jak porażeniom i zapaleniu nerek.

Dotychczas brak jeszcze doświadczeń fizyologicznych, któreby dowodziły nieszkodliwości surowicy; nie należy przeto zdaniem Le Gendra używać surowicy bez potrzeby i przed przekonaniem się przez badanie bakteryologiczne o błonicy.

L e b r e t o n miał na 242 dzieci leczonych na błonicę w szpitalu *des Enfants-Malades* za pomocą właściwej surowicy 28 przypadków śmierci = 11·57%. Tracheotomij było 23, z których zakończyło się śmiercią 8 = 34·78%; na 48 intubacyj dawniej zakończyło się niepomyślnie 14 czyli 29·16%, gdy w ostatnich tygodniach na 33 intubacyj było przypadków śmierci 8 = 24·24%.

Roger z Charrinem robili z surowicą doświadczenia na królikach wstrzykując im po 3 do 5 cm.³. Gorączki nie było, mimo tego mocz nabierał przymiotów właściwych gorączce, w postaci powiększania się ciężaru gatunkowego, ilości mocznika i fosforanów a zmniejszenia chlorków. Jeżeli użyte do doświadczeń króliki okazywały nawet lekką jaką nieprawidłowość, n. p. mały ropień, występowały po zastrzyknięciu surowicy podobne jak u zdrowych zmiany w moczu, lecz w stopniu wyższym a prócz tego zwierzęta chudły znacznie. Albuminuryi i peptonuryi nigdy w tych doświadczeniach nie widziano.

Ze względu na to, iż surowica wywołuje nieraz skutki uboczne, zależne od szczególniejszych jakichś przymiotów konia, z którego ją otrzymano, przestrzegają w zakładzie pasteurowskim w Paryżu, by surowicę otrzymaną z różnych koni mięszać razem i w ten sposób otrzymywać płyn zupełnie jednostajny. *(La semaine méd.* 19. Grudnia 1894).

— E v e n a l: W a r t o ś ć r o z m a i t y c h ś r o d k ó w n a s e n n y c h w c h o r o b a c h u m y s ł o w y c h. Sulfonal w dawce od 1·00 do 1·50 działał pewnie, szczególniej w ostrem podnieceniu i alkoholizmie (tu w razie potrzeby zadany wraz z makowcem), po dłuższem jednak używaniu wywoływał niekorzystne skutki ogólne. T r y o n a l i t e t r o n a l w dawce po 1·00 działają całkiem podobnie. W o d a n a m i l e n u *(Amylenhydrat)* działa w dawce od 2·00 do 5·00 łagodnie, ale nie całkiem pewnie, a zaleca się szczególniej w niedokrewności mózgu. P a r a l d e h i d w dawce od 2·00 do 8·00 przez krótki czas zadawany nie działa szkodliwie, później sprawia upadek sił. C h l o r a m i d po 2·00 w podnieceniu umysłowem zwykle nieskuteczny, działa dobrze u pacyentów łagodnych, osobliwie w zniedołężnieniu wiekowem *(dementia senilis)*. S o m n a l od 2·00 do 6·00 działa bardzo niepewnie i nadaje się tylko w przewlekłym obłędzie *(mania)* i u spokojnych melancholików. H i o s c y n a, której więcej niż miligram (ale i ta dawka według niektórych jest stanowczo za wielka) zadawać nie można, jest wskazaną tam, gdzie chodzi nam o to, by przynajmniej przez pewną część nocy sprawić sen. Hioscyna działa lepiej u kobiet, niż u mężczyzn a skutkuje tylko wstrzykiwana podskórnie. D u b o a z y n a w dawce miligrama działa podskórnie jak hioscyna, tylko łagodniej, wywołuje jednak niekiedy omamy wzroku. *(British medical Journal.* 18. Sierpnia 1894.)

— Do zadawania rtęci w pigułkach zaleca prof. Lang łączenie jej przetworów z lanoliną i cukrem mlecznym według wzorów:

154) Rp. *Hydrargyri jodati flavi* 5·00
Exti opii 0·50
Lanolini 1·50
Sacchari lactis 4·50
M. f. l. a. pill. nro 50.

lub:

155) Rp. *Hydrargyri chlorati* *) 2·50
Exti opii 0·25
Lanolini 1·50
Sacchari lactis 3·75
M. f. l. a. pill. nro 50.

albo:

156) Rp. *Hydrargyri bichlorati* **) 0·25
Exti opii 0·50
Lanolini 1·50
Sacchari lactis 3·75
M. f. l. a. pill. nro 50.

(Therapeutische Monatshefte. Grudzień 1894).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 9. Maja 1894 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 9.

1) Przyjęto do wiadomości zawiadomienie prof. Dra Obalińskiego że przy odbytej rewizyi fabryki opatrunków p. Dobrowolskiego znalazł wszystko w tym samym stanie, jak dawniej i że p. Dobrowolski ma zamiar fabrykę swą przenieść do Podgórza.

2) Wskazano jednej z mleczarń w okolicy Krakowa ostateczne warunki, pod którymi komisya mogłaby przedstawić tę mleczarnię Towarzystwa lek. krak. jako polecenia godną.

3) Przyjęto do wiadomości cztery świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej w Śledziejowicach i takieć dwa świadectwa z mleczarni w Grodkowicach a to za czas od 14. Marca b. r.

4) Na wniosek prof. Steingrabera wybrano podkomisyą, któraby się zastanowiła nad potrzebą założenia w Krakowie ogólnego zakładu do sterylizacyi mleka. Do tej podkomisyi oprócz wnioskodawcy weszli profesorowie Adametz, Bujwid, Walentowicz i Doc. Ponikło.

*) Kalomel. **) Sublimat.

5) Na wniosek Dra Ludomiła Korczyńskiego uchwalono przedstawić Towarzystwu Lek. Krak. jako wyrób polecenia godny perełki z arsenianem potasowym aptekarza P. Sobierajskiego w Lrakowie. Każda perełka zawiera w sobie po miligramie *kali arsenicosrm* (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 6. Czerwca b. r.).

6) Redakcyi *Przewodnika higienicznego* uchwalono podziękować za bezpłatne umieszczenie spisu przetworów i wyrobów leczniczych, przez Towarzystwo lek. krak. na wniosek komisyi przemysłowo-lekarskiej poleconych i za dostarczenie znacznej ilości odbitek.

7) Przyjęto z uznaniem do wiadomości usiłowania P. Wiśniewskiego, dzierżawcy Zakładu zdrojowego w Szczawnicy, zmierzające do podniesienia Zakładu i do ulepszenia urządzeń leczniczych i postanowiono popierać to zdrojowisko także i z tego powodu, że tak co do leczenia na miejscu, jakoteż co do rozsyłki wody zdrojowej ma ono do walczenia ze znaczną konkurencyą obcych zarządów wód zdrojowych.

8) Spis lekarzy zdrojowych w zdrojowiskach krajowych i lekarzy Polaków, praktykujących w zdrojowiskach zagranicznych wypracowany przez Dra Ludomiła Korczyńskiego uchwalono uzupełnić nazwiskami kilku lekarzy, którzy nie zgłosiwszy się, z własnej winy w spisie tym opuszczeni zostali.

9) Na zgłoszenie się właściciela Woli Dębińskiej zastanawiano się nad zdrojem mineralnym w tej miejscowości wytryskającym, biorąc jako podstawę opis geo- i hidrologiczny Gejzy Bukowskiego (Sprawozd. z instytutu geologicznego wiedeńskiego z r. 1886), rozbiór chemiczny wykonany przez Wilhelma Kotiersa, asystenta szkoły techniczno-przemysłowej krakowskiej, badanie dokonane na miejscu przez Doc. Dra Poniklę i referat nieobecnego na posiedzeniu Prof. Dra Olszewskiego. Woda ta przedstawia się jako niezbyt obfita woda słona, jodobromowa, z nieoznaczoną dokładnie ilością wolnego bezwodnika węglowego i niezupełnie zabezpieczona od dopływu wód słodkich i substancyj organicznych. Po dłuższej dyskusyi uchwalono udzielić właścicielowi wskazówki, by przed rozpoczęciem jakichkolwiek wkładów, zmierzających do urządzenia Zakładu zdrojowo-kąpielowego, postarał się przedewszystkiem o należyte zabezpieczenie i ocembrowanie zdroju pod okiem biegłego w hidrologii specyalisty a to w celu ochronienia go od dopływu wody słodkiej i opadów atmosferycznych, równocześnie przez pogłębienie zdroju starał się powiększyć jego wydatność a dopiero potem poddał wodę zdrojową ponownemu badaniu chemicznemu, które oprócz składników stałych, uwzględnić winno także i ilość wolnego bezwodnika węglowego. Gdyby to postępowanie nie wykazało korzystnych wyników tak co do obfitości, jakoteż składu chemicznego wody zdrojowej, byłoby wskazanem poszukiwać w sąsiedztwie nowych źródeł a to tembardziej, że Wola Dębińska leży na pasie solnym Bocheńsko-Wielickim. Wśród tych zabiegów należałoby robić częste pobieżne rozbiory chemiczne i śledzić w przybywającej wodzie ilości składników głównych, to jest chlorków i jodków.

Sekretarz Komisyi przem. lek. Dr. *Michał Sliwiński.*

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 27. Grudnia 1894 r.

— Dr. Józef Szpilman mianowany tymczasowym dyrektorem szkoły weterynarskiej we Lwowie.

— Prof. Rydygiera zaproszono wraz z proff. Albertem, Bergmannem, Gussenbauerem i Madelungiem do grona wydawców *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, jednego z najpoważniejszych niemieckich Archiwów lekarskich.

— W wyborach uzupełniających do Izby lekarskiej lwowskiej, odbytych w dniu 10. Listopada b. r. i już sprawdzonych wybrani Dr. Władysław Bylicki we Lwowie członkiem a Dr. Mateusz Morawski w Gwoźdźcu zastępcą członka Izby.

— Wydział krajowy mianował Dra Franciszka Krzyształowicza sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— Po pewnej przerwie, spowodowanej chwilowym brakiem funduszów, Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie przystąpiło do wydawania dalszego ciągu *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej.* Tymi dniami wyszedł z druku zeszyt 18., zawierający rozprawę Dra Ludomiła Korczyńskiego: *O chorobie Basedowa.* Rozprawa ta obejmująca dwa arkusze druku kosztuje w księgarniach 35 kr. w. a. Druk II go Tomu Położnictwa prof. Dra Jordana p. t.: *Patologia i terapia ciąży, porodu i połogu* postępuje szybko naprzód.

— Z ogłoszonego właśnie zdania sprawy z obrotu i stanu funduszów warszawskiej kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych pozostałych po lekarzach za rok 1893 wyjmujemy następujące szczegóły:

Skład Komitetu kasy wsparcia był następujący: prezes Dr. Przewoski Edward, wiceprezes Dr. Markiewicz Stanisław, członek zarządzający kasą wsparcia Dr. Rogowicz Jakób, kasyer Dr. Kondratowicz Stanisław, sekretarz stały Tow. lek. warsz. Dr. Brodowski Włodzimierz. Członkowie wybrani z Tow. lek. warsz. Dr. Gepner Bolesław, Dr. Kosiński Julian i Dr. Sokołowski Alfred, powołani z grona lekarzy warszawskich Dr. Lasocki Wacław i Dr. Wolff Aleksander, inspektorowie lekarscy z urzędu będący członkami Komitetu lub ich zastępcy w interesach kasy wsparcia: w Warszawie Dr. Troicki Piotr, w guberniach: warszawskiej Dr. Lewiński Marceli, kaliskiej pomocnik inspektora lekarskiego Dr. Merkel Juliusz, piotrkowskiej Dr. Dobrzelewski Tadeusz, radomskiej pom. insp. lek. Dr. Przychodzki Jan, kieleckiej pom. insp. lek. Dr. Laskowski Remigiusz, lubelskiej Dr. Skabiszewski Bazyli, siedleckiej Dr. Maluszycki Ignacy, płockiej pom. insp. lek. Dr. Górski Korneli, łomżyńskiej pom. insp. lek. Dr. Chyliński Włodzimierz i suwalskiej pom. insp. lek. Dr. Bakinowski Aleksander, nadto dwaj prawnicy zaproszeni przez Tow. lek. warsz. Thieme Karol i Wydźga Stanisław.

Z początkiem roku 1893 kasa wsparcia liczyła członków 691, w ciągu roku zmarło 15, wykreśliło się 4, wyjechało z kraju 2, przybyło nowych 44, zatem z końcem roku 1893 było członków 714. Remanenta wynosiły z końcem roku w funduszach (cyfry w rublach): żelaznym 34481.76, w funduszu ruchomym ze składek terminowych 3592.25, z ofiar jednorazowych 386.05, z $^0/_0$ od kapitałów hipotecznie lokowanych 237.50, z $^0/_0$ od papierów publicznych należących do funduszu żelaznego i rezerwowego ruchomego 1440.34, $^0/_0$ od funduszu ofiarowanego przez prof. Dra Juliana Kosińskiego 20.25, z funduszu ofiarowanego przez tegoż profesora $^1/_4{}^0/_0$ od kwoty 8000 przelano 100.00. Ogół przychodu z remanentem z roku poprzedniego 7033.42.

Wydano na wsparcia: z funduszu ruchomego dla 4 lekarzy, 2 matek i 81 wdów i sierot po lekarzach 5488.80, z funduszu zapisanego przez Dra Torańskiego dla jednego lekarza 116.92, z funduszu zapisanego przez Dra Landego dla jednego lekarza i 2 wdów po lekarzach 95.00 z funduszu zapisanego przez Dra Jana Bącewicza dla 5 wdów po lekarzach 450.00, z funduszu zapisanego przez Teofilę Koczorowską dla 3 wdów i dla 2 corek po lekarzach 60.00. z legatu Dra Feliksa Jabłonowskiego dla jednego lekarza 300.00, z legatu Henryka Michała Czekierskiego dla 3 wdów 95,00, razem dla 103 osób i rodzin 6604.99.

— W Hamburgu wydano w dniu 14. b. m. ostateczny wyrok sądowy, uniewinniający pewnego lekarza, który operował dziecko wbrew woli jego ojca. Sprawa ta zajmowała w swym czasie i Trybunał Rzeszy, który orzekł, iż do operacyi potrzeba zezwolenia pacyenta lub prawnego jego zastępcy, w przeciwnym bowiem razie operacya jest rozmyślnem zranieniem; wyrok zaś wypadł mimo to na korzyść operatora, ponieważ dowiedziono, iż ojciec pacyenta zjawił się w przedpokoju sali operacyjnej dopiero wtedy, gdy dziecko było już w zupełnej narkozie a operacya rozpoczęta tak, iż bez szkody dla operowanego nie można było jej przerwać w żaden sposób, jakto oświadczyli właściwi znawcy. To przywodzi na pamięć podobny przypadek, opisany w Medycynie Sądowej Kaspra-Limana, w którym oskarżono lekarza, iż w szpitalu publicznym operował pewne dziecko bez zezwolenia jego ojca. Liman zadaje w tej mierze pytanie, czy w szpitalu publicznym potrzeba wogóle zezwolenia osób trzecich na operacyę i odpowiada na nie przecząco. Otóż pokazuje się teraz, iż najwyższy trybunał Rzeszy niemieckiej jest innego zdania i dlatego odzywają się w Niemczech głosy, by przed operacyą żądać piśmiennego zezwolenia od pacyenta lub jego prawnego zastępcy.

— Dr. Piotr Paweł Emil Roux w Paryżu otrzymał komandoryą orderu legii honorowej za „wyjątkowe usługi oddane nauce i ludzkości“.

— Przy sposobności zwrócenia uwagi na nadmiar lekarzy w Stanach Zjednoczonych dowiadujemy się, iż we Francyi przypada jeden lekarz na 2000 (w miastach wielkich i w Paryżu na 1000), w Niemczech na 3000, w Szwecyi na 7000 mieszkańców.

— Od 18. Grudnia 1798 do 31. Lipca 1894 złożono we wydziale lekarskim w Paryżu 28793 rozpraw w celu uzyskania stopnia doktora medycyny, nadto 793 rozpraw dla otrzymania stopnia docenta (*professeur agregé*) i 220 rozpraw w celu uzyskania posady profesora.

— W roku 1893 zaszczepiono w Bawaryi krowiankę 137.420 osób z 147943 obowiązanych dać się szczepić. Szczepienie było bez skutku u 1431 osób; 881 osób usunęło się wbrew ustawie od szczepienia. Główny zakład rządowy wyrobu krowianki otrzymał ze 131 cieląt 530.560 porcyj limfy, z których rozesłano 433.600, z nich 46156 porcyj dla wojska.

Redakcya otrzymała:

E. Ludwig: Medicinische Chemie. 2. Auflage. Wien 1895. Verlag von Urban et Schwarzenberg.

A. Obaliński: Zur Wahl des Operationsverfahrens bei Uterusfibromen. (Odbitka z *Wiener Klinik*).

A. Sokołowski: Przyczynek do patologii i terapii przewlekłego zapalenia przerostowego krtani. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

S. J. Zaleski: Nad mogiłoj Karla Szmidta. Tomsk 1894.

Tenże. Temperatura wod i kołodcach kulundinskoi step. (Odbitka z *Izwiesti Imp. Russ. geograf. Obszczestwa*).

F. Hoelscher: Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Tuberculose mit Guajakolcarbonat. (Odbitka z *Berlin. klin. Wochenschrift*).

Do Nru niniejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.